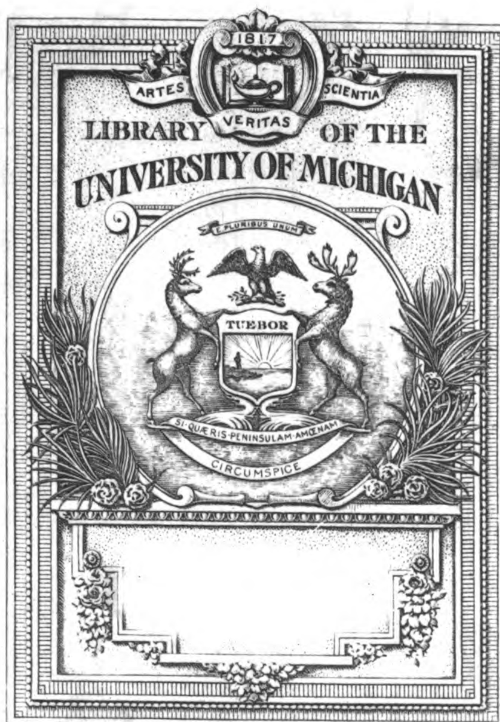

1817
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE

ARCHIV
FÜR
SOZIALE HYGIENE UND DEMOGRAPHIE

NEUE FOLGE DER ZEITSCHRIFT FÜR SOZIALE MEDIZIN

IN VERBINDUNG MIT

Prof. Dr. C. GINI, PADUA — Minist.-Dir. Prof. Dr. A. GOTTSTEIN, CHARLOTTENBURG — Sanitätsarzt Dr. L. B. GRANOWSKY, MOSKAU

Prof. Dr. A. GROTJAHN, BERLIN — O.-Med.-Rat Prof. Dr. M. v. GRUBER, MÜNCHEN — Prof. Dr. J. KAUP, MÜNCHEN

Commonwealth Statistician G. H. KNIBBS, MELBOURNE — Stadtrat Dr. F. KRIEGEL, BERLIN

Sanitätsarzt Dr. P. I. KURKIN, MOSKAU — Prof. Dr. W. PRAUSNITZ, GRAZ — Sanitätsrat Dr. F. PRINZING, ULM A. D.

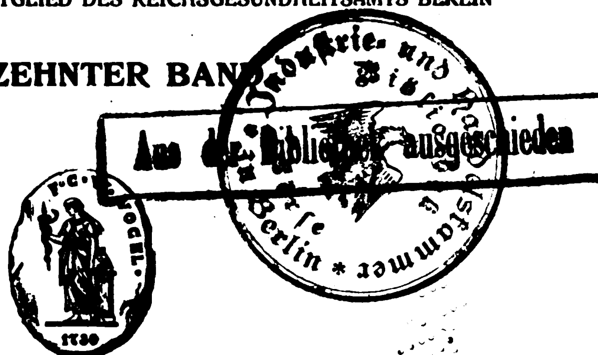
Dr. S. ROSENFELD, WIEN — Hofrat Dr. A. SZANA, BUDAPEST — San.-Rat Dr. W. WEINBERG, STUTTGART

Prof. Dr. H. WESTERGAARD, KOPENHAGEN — Prof. Dr. W. J. WILLCOX, ITHACA, NEW JERSEY

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. med. E. ROESLE
OBERREGIERUNGSRAT UND MITGLIED DES REICHSGESUNDHEITSAMTS BERLIN

FÜNFZEHNTER BAND



LEIPZIG
VERLAG VON F. C. W. VOGEL
1924

Compl. Sets
Gottschalk
6-17-32
24167

Inhaltsverzeichnis des XV. Bandes.

Originalabhandlungen.

Miszellen.

Kritische Besprechungen.

Verzeichnis der eingesandten Druckschriften.

Mitteilungen.

Menschenökonomie.

Die öffentliche Hygiene auf volkswirtschaftlicher Grundlage.

Von Dr. Ödön Tuszkai, Budapest.

Alle Geisteswissenschaften müssen sich in den Dienst der Nationalökonomie stellen, wenn man diese segensreich befruchten will, um die etwa 17 Millionen Menschenleben, die der Kriegsmoloch verschlungen hat, zu ersetzen und die Rassentüchtigkeit zu erneuern.

Seit jeher haben Kreuzungen verschiedener wissenschaftlicher Prinzipien den durch sie entstandenen neuen Wissenschaften eine besondere Lebensstärke verliehen und gleichzeitig die Notwendigkeit des Zusammenhangs weit auseinander liegender Prinzipien erwiesen.

Wenn wir heute z. B. von einer „soziologischen Hygiene" oder „biologischen Nationalökonomie", „historischen Soziologie" oder „sozialen Biologie" usw. sprechen, bezeichnen wir damit immer eine durch die gegenseitige Befruchtung dieser Prinzipien entstandene neue Weltanschauung. Es soll also niemand befremden, wenn wir in den folgenden Zeilen von einer „Volkswirtschaftlichen Hygiene" oder „Volkshygienischen Okonomie" sprechen und beweisen wollen, daß die gegenseitige Befruchtung segensreich auf beide Prinzipien gewirkt hat.

Es ist geradezu unglaublich, daß die Kulturgeschichte der Volkswirtschaftslehre bis heute nicht den Menschen als Objekt und gleichzeitig Subjekt in die wissenschaftlichen Forschungen der Nationalökonomie gestellt hat.

Jahrhunderte mußten vergehen bis aus den einseitigen Richtungen des Merkantilismus, des Physiokratismus die englische, sogenannte klassische Schule, entstand mit Adam Smith an der Spitze und als Anhänger Chevalier, Riccardo, Sartorius,

Say, Bastiat, Thünen, Hermann, Rau, Stuart Mill und andere.

Forscher wie Schmoller, Liefmann, Conrad, Friedr. Liszt, Philippovitsch und andere haben die neuen Wege vorgebaut, auf welchen dann durch Adam Smith's Lehre endlich die Arbeit als Mittelpunkt aller ökonomiewissenschaftlichen Forschungen eingestellt wurde, um dann, in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, durch Adolf Wagner, Lorenz v. Stein und Albert Schäffle endlich die große Wahrheit zu ergründen, nach welcher nicht die Arbeit, sondern der die Arbeit leistende Mensch im Zentrum des ökonomischen Denkens stehen muß.

Seit dieser Zeit ist die bisher stiefmütterliche Behandlung der menschlichen Gesundheit in den volkswirtschaftlichen Lehrbüchern etwas mütterlicher geworden, jedoch klingt als Grundton überall heraus das einzige Ziel: die Vergrößerung, Erhaltung und Benutzung der materiellen Güter durch alle möglichen Behelfe der Wissenschaft, der ökonomischen Praxis und wirtschaftlichen Politik.

Erst in neuerer Zeit schrieb Potthof (im Jahre 1908) in einer Arbeit mit dem Titel „Der volkswirtschaftliche Wert des Menschenlebens“: Der Mensch muß in allen Dingen die Hauptsache sein, der Staat ist um die Menschen, d. h. um der Staatsbürger Willen da, und kann und darf kein höheres Ziel kennen: als möglichst viele, gesunde, tüchtige, leistungsfähige, aber auch leistungsfreudige, glückliche Menschen zu Staatsbürgern zu zählen. Der Mensch ist Subjekt und gleichzeitig wichtiges Objekt der Volkswirtschaft, daher muß sie nicht nur Boden, Häuser, Wälder, Vieh, Maschinen, sondern auch Menschenleben wirtschaftlich werten“.

An anderer Stelle sagt derselbe Autor: „Der Reichtum einer Nation bestehe in ihren produktiven Kräften, die wichtigste darunter ist der Mensch“ und faßt im Resumée seiner Arbeit das Endziel einer rationellen ökonomischen Politik in folgenden zwei Punkten zusammen: 1. das Einzelleben möglichst aktiv zu gestalten, 2. die Zahl der aktiven Leben zu vermehren.

Derartige Stimmen sind in der Wissenschaft nicht mehr ganz vereinzelt und wir wollen nur Döring zitieren, der in der Arbeit: „Die Bevölkerungsbewegung im Weltkrieg“ [1]) sagte: „Zu einem einmaligen Verlust von 17 Millionen Menschen ein noch lang andauernder Geburtsrückgang und auf Jahre hinaus eine höhere

[1]) S. dieses Archiv, 13. Bd., S. 369.

Sterbeziffer schreibt uns andere Wege vor.“ Später: „Der Wiederaufbau der Menschenkraft muß sowohl wirtschaftlich, wie sozial in Angriff genommen werden, und die ganzen Völker in allen Schichten restlos erfassen. Wirtschaftlich durch möglichste Besserung der Ernährungsverhältnisse und Einführung günstigerer Arbeitsbedingungen, sozial durch umfangreichen Aufbau der gesamten sozialen Einrichtungen (Krankenkassen, Invalidenfürsorge, Altersversorgung, Unfallversicherung, Wohnungshygiene, Säuglings- und Wöchnerinnenpflege).

Alle diese Anschauungen vereint mit der Döhring'schen Arbeit (in diesem Archiv) über den ungeheuren Verlust an Menschen, zwingen uns tatsächlich die Konsequenzen aus diesen Anschauungen zu ziehen, um dann die letzten Folgerungen festzulegen: die Lehre über die Ökonomie des Menschenlebens als Basis der Gesundheit und Quelle der alles schaffenden Arbeit wirtschaftlich und wissenschaftlich auszubauen.

Man würde wohl behaupten, daß dies so unendlich selbstverständlich ist, daß man eben darum den Menschen im Mittelpunkt der nationalökonomischen Wissenschaft nicht hervorzuheben genötigt war. Ich muß jedoch bemerken, daß z. B. der Fall eines von seiner Verbindung losgelösten Apfels zum Boden, vor Newton auch schrecklich selbstverständlich war, doch hat erst eben ein Newton kommen müssen, um diese Erscheinung einer Prüfung zu unterwerfen, um daraus die die Physik und Astronomie ganz neugestaltende Lehre der Gravitation zu schaffen.

Ein Galilei hat kommen müssen um die unendlich selbstverständliche Bewegung des Pendels zu beobachten, um dann daraus eine revoltierende Wahrheit der widerstrebenden Wissenschaft seinerzeit abzuringen: „Und sie bewegt sich doch: die Erde“.

Schon heute, wo man nicht überall mit den Relativitätstheorien Einstein's im klaren ist, lesen wir an mancher Stelle, daß dieselbe doch überaus selbstverständlich sei, daß es etwa überflüssig war, dieselbe gar so auffallend zu betonen.

Es soll daher gütigst entschuldigt werden — si licet parva componere magnis —, wenn ich die Behauptung aufstelle, daß die öffentliche Hygiene ihre großartige Rolle in Kulturgeschichte und im Staatsleben des Menschen als lebendes Element (einer Politik) nur dann erfüllen kann, wenn sie sich auf eine volksökonomische Basis stellt und umgekehrt: daß die Volksökonomie und alle ihre

Hilfswissenschaften nur auf einer volkshygienischen Basis sich neu, nützlich und natürlich gestalten können.

Wert des Menschenlebens.

Engel hat in seiner umfangreichen statistischen Arbeit vor dem großen Kriege den Grundwert des Menschenlebens mit einer überzeugenden Wahrscheinlichkeit bestimmt, indem er für jedes Menschenleben 500 M. als Barkosten des Staates festgestellt. Diese Summe auf 70 Millionen Seelen und auf die 30 Jahre der produktiven Arbeitsfähigkeit berechnet, bringt etwa $1^1/_2$ Tausend Milliarden an Geldwert des Menschenmaterials heraus, während alle übrigen Sachgüter (Geld, Wertpapiere, Häuser, Maschinen, Wälder, Grund und Boden, Gold, Silber, Edelsteine usw.) insgesamt auf 300 Milliarden M. zu setzen wären.

Bei den heutigen valutarischen Verhältnissen vervielfacht sich diese Summe 10 mal und 100 mal, doch ändert dies an dem Verhältnis der Zahlen zueinander natürlich nichts.

Es liegen mir vorderhand noch unvollständige Zahlen und Arbeiten aus anderen Gebieten vor, jedoch zweifle ich nicht daran, daß die Verhältniszahlen überall etwa die gleichen sein werden. Sie sprechen unter den jetzigen Verhältnissen entschieden deutlich dafür, daß das wertvollste Gut des Staates das Menschenleben bzw. die Gesundheit, d. i. die Arbeitsfähigkeit, und daraus die Arbeitsleistung der Menschen ist.

Der Staat hat also keine höhere Aufgabe, als dieses unendlich teuere Gut zu erhalten, um den nationalökonomischen Anforderungen und Zielen zu entsprechen.

Nicht die Lehre über Lohntheorien, Bodenerträgnisse, Geldbewertung und andere der vielen Hauptpunkte der Volkswirtschaftslehre sollen in erster Reihe besprochen, verstanden und ausgebaut werden, sondern diejenigen Punkte, die die Wertung der menschlichen Arbeitsleistung, d. h. die menschliche Gesundheit, berücksichtigen, dieselbe zu erhalten und zu vergrößern imstande sind und alle die Schädigungen der Gesundheit vom einzelnen Menschen und von der gesamten Gesellschaft ferne halten; eben die Punkte, welche die allergrößte Schädigung volksökonomischer Bestrebungen in der Erkrankung des Menschen sehen und aus diesem Standpunkte die Verminderung oder das Verschwinden der Arbeitsfähigkeit betrachten und beleuchten.

Aus diesem Standpunkte dürfen wir z. B. das Dogma in der Bevölkerungspolitik nicht unterschreiben, wonach der national-

ökonomische Erfolg um so größer ist, je mehr Menschen in einer politischen oder geographischen Einheit und je dichter sie beisammen wohnen. Wir müssen im Gegenteil nur die arbeitsfähigen, d. s. die Gesunden (aus obigem Standpunkte des Mehrertrages) annehmen und klar beweisen, daß je größer die Kopfzahl, um so größer die Zahl derjenigen, die nicht arbeiten und dem Staate zur Last fallen.

Jens hat unter dem Titel „Was kosten die schlechten Rassenelemente dem Staat und der Gesellschaft“ [1]) eine sehr lobenswerte und mustergültige Arbeit geleistet.

Die Nichtarbeitenden hat er in zwei Hauptgruppen eingeteilt und zwar in die erste diejenigen, die durch ihr Alter in dieselben gehören, d. h. vor oder nach dem arbeitsfähigen Alter sind, und nannte sie „die natürliche Gruppe“. Also Kinder bis zu dem 15. Lebensjahr und Alte über 65.

In die zweite Gruppe reihte er diejenigen in dem arbeitsfähigen Alter ein, die durch Verminderung ihrer Gesundheit teilweise oder ganz ihre Arbeitsfähigkeit einbüßen, also durch Krankheit, Unfall, Invalidität, Defekte, Vererbung usw.

Es existiert eigentlich noch eine dritte Gruppe der Arbeitsunfähigen, die wir die „moralisch defekten“ bezeichnen möchten, deren Defekt vererbt, erzogen, angewöhnt, angezwungen sein kann und immer den Willen zur Arbeitsleistung teilweise oder ganz aufgehoben erscheinen läßt.

Alle diese 3 Gruppen fallen einesteils dem Staate, anderenteils der gesellschaftlichen Wohltätigkeit zur Last.

Als Jens im Jahre 1912 in Hamburg die Kosten dieser schlechten Rassenelemente auswies, rechnete er auch die Unkosten der sozialen Wohltätigkeit zu den Staatsauslagen, hauptsächlich darum, weil die Unkosten des vorigen der produktiven Arbeit entzogen werden.

Nach den überaus interessanten Daten hat die Stadt Hamburg im Jahre 1912 unter dem Titel „Krankenversicherung“ 12 884 330 M., Unfallversicherung 897 000 M., Alters- und Invaliditätsversicherung 2 253 741 M., d. i. insgesamt unter den drei Titeln 16 035 071 M. verausgabt.

Die Schuljugend unterhalb dem arbeitsfähigen Alter kostet der Stadt 10 Millionen jährlich, von welcher Summe die Schulgelder etwas ersetzen, jedoch die Schwachsinnigen, die Blinden und Taubstummen usw. allein 9 783 534 M. kosten, für Zwangs- und Nach-

[1]) S. dieses Archiv, 8. Bd.

erziehung werden 72 526 M., für Erhaltung und Aushilfe der Waisen und armen Kinder 5 201 106 M. verausgabt.

Die in den Gefängnissen untergebrachten Gefangenen kosten 799 608 M., die Ausgaben für öffentliche Spitäler betragen 2 258 056 M., die Geisteskranken kosten 1 088 040 M.

Außer diesen tatsächlichen Ausgaben müssen noch die gesamten hohen Abnutzungsgebühren der investierten Immobilien, Einrichtungen dazugerechnet werden.

Die staatlichen Wohltätigkeitsausgaben kommen also auf 25 bis 26 Millionen M. in barem Gelde.

Bezüglich der sozialen Wohltätigkeit stellt Jens folgende Tabelle zusammen:

	Zahl der Institute	Kapital	Jahres-ausgabe	Zahl der Gebäude u. Gründe
Kirchliche und konfessionelle	53	1 597 542	378 795	14
Kinder u. Jugendliche Fürsorge	89	3 997 642	613 601	33
Fürsorge der Erwachsenen und Familien	377	62 109 399	3 279 992	114
Fürsorge der Senilen und Unbeholfenen	25	2 960 144	736 816	11
Hilfe für Auswanderer und Landsleute	15	92 409	31 595	—
	596	75 400 452	5 799 293	174

Außer diesen Ausgaben hat die Stadt Hamburg im Jahre 1912 4 000 Gratiswohnungen verteilt und mehr als zehn Millionen Portionen Speisen, 90 Diakonissinnen haben 60 000 Besuche bei Armen und Kranken gemacht und mehr als 6 000 Kinder in Findelhäusern, Krippen in Pflege genommen. Alle diese Unkosten sind im Geldwerte nicht leicht zu berechnen, jedoch stellt Jens zur Übersicht folgende Tabelle zusammen:

Die Ausgaben des Staates im Sinne des Versicherungsgesetzes	16 030 046 M.
Staatliche Wohltätigkeit	9 783 524 „
Soziale Wohltätigkeit	5 799 243 „
also zusammen und jährlich	31 617 823 M.

Diese 31 Millionen kosten der Stadt die nichtarbeitenden Elemente, welche Summe uns auch heute imponierend hoch erscheint, wo wir durch die Geldentwertung nach der Kriegszeit an exorbitante Zahlen gewöhnt sind.

Wir müssen noch wissen, daß die jährlichen Einkommensteuern der Stadt Hamburg nicht über 30 Millionen M. gestiegen sind.

Aus meiner zusammenfassenden Arbeit, welche hoffentlich recht bald die Presse verlassen wird, sind noch eine große Anzahl lehrreiche Beispiele zu ersehen, jedoch können die Jens'schen Zahlen auch perzentuell und relativ als Beispiel angenommen werden.

Pettenkofer hat vor vielen Jahren zum Beweise, daß die Krankheit der Menschen ein nationalökonomischer Schaden ist, folgendes Beispiel aufgestellt:

In einer Stadt mit 100000 Einwohnern sterben jährlich 3 Proz. d. i. 3000 Menschen, er rechnet auf Basis umfangreicher Statistik, daß je ein Todesfall auf 30 Erkrankungen fällt, also diese 3000 Todesfälle entsprechen 90000 Erkrankungen, welche durchschnittlich etwa 2 Tage lang die Leistung einer Arbeit aufhalten, also insgesamt 180000 Arbeitstage der produktiven Arbeit entziehen dürften. Wenn wir nun jeden Tag des Arbeitsverlustes und der Pflegeunkosten heute etwa auf 40 Mark berechnen, dann bedeutet dieser normale Prozentsatz 72 Millionen Mark pro Jahr.

Hamburg, mit beinahe 1 Million Einwohnern, verliert also auf diesem Wege 720 Millionen M. jährlich.

Pettenkofer sagt weiter in seinem obigen Beispiel, daß die Verbesserung der öffentlichen Hygiene durch Besorgung von gutem Trinkwasser, Wohnungen, öffentlicher Verpflegung usw. sehr bald imstande ist, die Sterblichkeitsziffer um 1 Proz. herabzudrücken, wodurch in der als Beispiel genommenen kleinen Stadt 24 Millionen weniger verausgabt würden.

Für die Stadt Hamburg würde das natürlich 10mal mehr, d. i. 240 Millionen M. Ausgabenverminderung bedeuten, welche wir füglich als Vergrößerung des Jahreseinkommens um ebensoviel betrachten können.

In dem Jens'schen Beispiel wird gezeigt, daß in der Stadt Hamburg vom Jahre 1872 bis zum Jahre 1910 die Sterblichkeit an einer einzigen Krankheit, an der Tuberkulose, von 34,8 Prom. auf 12,55 Prom. fiel, also um 22 Prom. sich verringert hat, wodurch seither eine jährliche Ersparnis von 500 Millionen M. entstand und diese große Zahl von einer halben Milliarde wird sich noch immer und jährlich verbessern, in einer Zeit, in welcher sich die Investitionen schon längst abgezahlt haben.

Diese große Zahl kann auch füglich als Jahreseinkommen betrachtet werden und bedeutet eine in Ziffern schwer berechenbare Verbesserung der produktiven Arbeit.

Denken wir noch an die Verheerungen der ständigen Endemien eventuell der noch bis zu den letzten Zeiten verheerenden Epidemien, so steht vor uns ganz klar die Entscheidung: daß wir vor allem die menschliche Gesundheit zu schützen, zu erhalten und vergrößern haben und dann erst über Lohn- und Werttheorien und andere nationalökonomische Fragen grübeln — da doch gerade das Aufblühen einer Volkswirtschaft vorerst von der Arbeitstüchtigkeit, also von der Gesundheit der Inwohner, abhängt.

Ein hygienisch gutgeschultes Volk wird sich aus dem größten Elend leicht und sicher emporarbeiten können, wenn es die milden Gaben der Wohltätigkeit zur Aufrechterhaltung der körperlichen Reinlichkeit und zur überaus einfachen aber gesundheitlich rationellen Ernährung des Körpers, also Brot, Kartoffel und Milch verwendet, nicht aber durch die schrecklichen Verwüstungen des wohlfeilen Alkohols von der Armut in das Elend und von da in das Verbrechertum fällt.

Derlei Beispiele habe ich erlebt und sah daher die hochliegenden Verpflichtungen des Staates und der Gesellschaft vorgeschrieben.

Wohltätigkeit wirkt in solchen Fällen als erzieherisch sehr nachteiliges Almosen und „Arbeit“ wird ganz umsonst angeboten, wenn Armut und Elend die körperliche und seelische Spannungskraft sehr vermindert, nahezu vernichtet haben. Aber milde Gaben und Arbeit — selbst in einem beschränkten Maße — helfen dort aufrichtend, wo die sublimierten Lehren der Hygiene in das Gewissen geimpft sind.

Eine durchschlagende Belehrung auf diesem Gebiete würde also ökonomisch und moralisch unberechenbar größere Erfolge aufweisen und das Menschenleben und Menschenschicksal höher werten machen, als die Erziehung durch gewungene und später, vor der Kritik, wie Seifenblasen zerplatzende Weltanschauungslehren seitens der Religionslehrer.

Wenn die Staaten ohne Ausnahme das kindliche Gehirn und Gemüt mit den Lehren der letzteren zu imprägnieren unternehmen, müssen sie sicher in der Zukunft an Stelle dogmatischer Überlieferungen die Hygiene unterrichten und dadurch die ersten Schritte zu einer ökonomischen Wohlfahrt unternehmen, da nach Trefort nur eine physisch gesunde Nation reich, glücklich und frei werden kann.

Die Einteilung einer solchen Arbeit würde etwa aus folgenden Abschnitten bestehen:

1. Der volkswirtschaftliche Wert des Menschenlebens.
2. Die Gesundheit des Menschen als volkswirtschaftliche Einheit.
3. Erscheinung und Gesetze der natürlichen Abnützung des Lebens.
4. Krieg und Menschenverlust vom wirtschaftlichen Standpunkte.
5. Leben und Gesundheit.
6. Gesundheit und Arbeit.
7. Arbeitsproduktion und deren physische Koordinanten als: Arbeitsleistungsfähigkeit, Arbeitslust, Intensität, Dauer usw.
8. Die ethischen Koordinanten: Pflichtgefühl, Energie, Ehrgeiz, Wille, soziales Bewußtsein, Liebe zum Menschen und zur menschlichen Gesellschaft, zur Familie, zur Rasse, zum Vaterland, optimistisches Lebensgefühl und Weltanschauung usw.
9. Die wirtschaftliche (ökonomische) Gesundheitslehre, Ziel und Einteilung derselben.
10. Die Rolle der öffentlichen Hygiene in den bisherigen volkswirtschaftlichen Lehren und Systemen (besonders Schmoller, Liefmann, Conrad, Liszt usw.), Merkantilismus, Physiokratismus. Cobden, Adam Smith und die klassische englische Schule (Chevalier, Ricardo, Sartorius, Say, Bastiat, Thünen, Hermann, Rau, Stuart Mill und andere Nachfolger).
11. Die Arbeit als Hauptbedingung der Produktion.
12. Die historische Schule des XIX. Jahrhunderts (Ad. Müller, Fr. Liszt, Wilh. Roscher, Bruno Hildebrand, Karl Knies). Der Individualismus und der Sozialismus.
13. Die neueste Richtung in der zweiten Hälfte des XIX. Jahrhunderts (Adolf Wagner, Lorenz von Stein, Albert Schäffle), in welcher der Mensch zum Mittelpunkt der Untersuchungen gemacht wird und nicht die Sachgüter.
14. Zusammenfassung.
    Die bisherigen Lehren, die moderne Richtung.
15. Die Menschenökonomie ist die Grundlage einer richtigen volkswirtschaftlichen und volkshygienischen Politik.
16. Die öffentliche Hygiene auf einer volkswirtschaftlichen Basis. Praktische Wirkung auf die Staatsverfassung und auf die volkswirtschaftliche Politik. Lebendes Element der Kultur.
17. Kultur und Hygiene.
18. Die Grundlage der Menschenökonomie ist die Besserung und die Aufrechterhaltung der menschlichen Gesundheit im Dienste der volkswirtschaftlichen Produktion.
19. Die Lehren über die Erhaltung und Vergrößerung der Gesundheit. Grundprinzipien der diesbezüglichen öffentlichen Institutionen.
20. Die Krankheit als volkswirtschaftlicher Schaden (Berechnungen und Statistik). Die Prophylaxe, die Heilkunst und die Kurpfuscherei.
21. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit als vorübergehende oder bleibende Erscheinung resp. als Folge natürlicher Körperschwächung von volkswirtschaftlichem Standpunkte.
22. Durchschnittsjahr des mittleren Alters bei den verschiedenen Nationen, das arbeitsfähige Alter. Der Schwund des menschlichen Lebens von volkswirtschaftlichem Standpunkte, und zwar in dem arbeitsfähigen Alter, vor

und nach demselben, nach Krankheiten, bei vererbten körperlichen Fehlern usw.

23. Die Wirkung der großen Volkserkrankungen auf die Volkswirtschaft, geschichtlich-statistisch bearbeitet.
    1. Die Tuberkulose, ihr Wesen vom ärztlichen und wirtschaftlichen Standpunkte, Statistik, Enqueten,
    2. die Syphilis aus obigen Standpunkten betrachtet. Die Gefahren der Prostitution und ihre Verhütung. Die richtige Sexualpolitik. Die Pubertät, Wirkung auf das mittlere Alter der Bevölkerung. Systeme und Institutionen der Prävention und die volkswirtschaftlichen Folgen derselben.
24. Die akuten Massenerkrankungen. (Epidemiologie, aus geschichtlichem und statistischem Standpunkt.) Die nationalen und internationalen Schutzsysteme.
25. Die Bevölkerungspolitik von wirtachaftlichem Standpunkte.
26. Die Frage der Volksvermehrung und Dichtigkeit. Die Lehren der Nationalökonomie und der Standpunkt des Hygienikers.
27. Wie groß ist die Perzentuation der Arbeitsunfähigen unter den Einwohnern? Wie groß ist der volkswirtschaftliche Schaden durch Arbeitsverminderung?
28. Malthus und Neomalthusianismus.
    Galtons und seiner Nachfolger Kritik. Die künstliche Vermehrung des Proletariats und ihre Herrschaft. Das Einkind-System bei den Kulturnationen.
29. Die Arbeitsfähigkeit und die natürliche Selektion (Darwin).
30. Eugenik und die Rassenhygiene. Die Heiraten aus diesem Standpunkte.
    Die Früh- und Spätehen, wachsende Verbreitung der Unehelichkeit. Herstellung der Rassentüchtigkeit. Die künstliche Auslese. Vom volkswirtschaftlichen Standpunkte ist nicht ein numerisch großes, sondern ein arbeitstüchtiges Menschenmaterial zu wünschen.
31. Vorgang und Gesetze der natürlichen Volksvermehrung. Die Konsequenzen aus der Verhältniszahl zwischen Lebendgeborenen und Sterbefällen. Volksgesundheitliche und wirtschaftliche Ursachen der Todesfälle unter 5 Jahren. Das Problem der Kindersterblichkeit (Geschichte, Statistik).
32. Mutterschutz während der Gravidität, der Geburt und im Puerperium. Die Statistik des Puerperalfiebers vor und nach Semmelweis.
33. Die Zahlen der Geburtsverminderung und die Erscheinungen der Gesetze der Entvölkerung. Die Frau als Arbeitskraft und als Arbeiterin.
34. Systeme und Institutionen des Säuglings- und Kinderschutzes in den Kulturländern. Die kommende Generation ist unser einziges Gut. Die Frage der Angelegenheit der unehelichen Kinder aus nationalökonomischem Standpunkte.
35. Die Aufgaben der Menschenökonomie in dem Kindes-spiel- und -schulalter (Schulhygiene): Anweisungen zum Unterricht der Gesundheitslehre, um dieselbe dem Gewissen einzuverleiben, damit sie später ein allgemeines Bedürfnis resp. die „hygienische Forderung“ werde.
36. Über Menschenökonomie in den Spitälern, Gefängnissen und in allen Gefahren der Massenbehandlungen.
37. Schutz der arbeitenden Menschen: a) Gewerbehygiene, Gesetzeverordnung, Institutionen in den Kulturstaaten; b) Wohlfahrtseinrichtungen der

Arbeiter in Fällen von Invalidität, Unfall, Krankheit, Alter, Versicherungswesen des Staates usw.

38. Über die Wirkung der gewerblichen Tätigkeit auf die Gesundheit vom menschenökonomischen Standpunkte. Die Erkrankungen der Arbeiter in einzelnen Lebensabschnitten und die Wirkung der unrichtigen Wahl und der unrichtigen Ausübung einer Arbeit.

    Der biologische Teil der experimentellen Volkswirtschaftslehre (Psychotechnik). Geschichte und Entwicklung der Unfallschutzvorrichtungen bei jedem Kleinbetrieb und in der Fabrik.

39. Arbeiterschonung durch allgemeine Institutionen, wie Ansiedlungen, Wohnungen, Verköstigung.

40. Die Hygiene der Landwirte, der Kaufleute und der Angestellten im Verkehrsdienste.

41. Die Hygiene der geistigen Arbeit. Mittelstandsorganisation, Anknüpfung an die staatlichen Wohlfahrtseinrichtungen der Arbeiter.

42. Die Volkshygiene in der öffentlichen Verwaltung. Geschichte der Organisation in den Kulturländern.

43. Internationale Volkshygiene, Gesetze, Kontrakte, Institutionen usw. Zielrichtungen für die Zukunft: die großen Prinzipien der Menschenökonomie können nur durch die internationale Organisation der öffentlichen Hygiene zum Siege geführt werden.

Zusammenfassung.

Die Aufgaben des Staates in der politischen Menschenökonomie. Die Schöpfung einer Harmonie zwischen Zivilisationsfortschritt und öffentlicher Hygiene. Plan zu einer Ausrottung der Menschenverderber: Alkoholismus, Prostitution, Nervenvergiftung, staatspolitische Aufgaben, Schutzorganisation, Präventionssysteme. Unkosten des Staates für schlechte Rassenelemente, Alkoholiker, Verbrecher, Epileptiker, Geisteskranke usw. Die staatlich systematisierte Vergiftung der Abstammung.

Die richtige Abhilfe durch Belehrung, durch die Besserung der allgemeinen Verpflegungs- und Wohnungspolitik. Neubau der Städte, Dörfer usw.

Also: „Nur eine richtige volkswirtschaftliche Politik ist eine richtige Politik für öffentliche Gesundheitspflege“ (Virchow) und „Nur eine körperlich und geistig gesunde Nation kann reich, glücklich und frei werden“ (Trefort).

Schlußbemerkungen.

Zum Schlusse will ich noch einmal wiederholen, daß in diesem schrecklichen Kriege nicht nur die 17 Millionen Menschen verloren gegangen sind, sondern daß auch die Rassentüchtigkeit tief verwundet ist und die Volkswirtschaft am tiefsten verletzt daliegt.

Es ist auch gar keine Frage, gar kein Zweifel, daß vor allem die Volkswirtschaft hergestellt werden muß, jedoch ist es auch zweifellos, daß alle möglichen geistigen und praktischen Wissenschaften und darunter in erster Reihe die private und öffentliche Hygiene ihr zu Hilfe eilen muß, resp. der noch halb bewußtlosen Volkswirtschaft die erste Hilfe leisten muß.

Es ist auch ganz klar, daß wir denjenigen, die dem obengesagten gegenüber betonen möchten, daß vorerst die volkswirtschaftliche Ordnung hergestellt werden muß, da wir nur dann imstande sind, die wirtschaftlichen Unkosten einer hygienischen Ordnung zu bestreiten, doch antworten möchten, daß die Herstellung einer volkswirtschaftlichen Ordnung vorerst Arbeitskräfte, dann produktive Arbeit bedarf und nie einfach durch Beistellung von Arbeitsgelegenheit oder gar durch Wohltätigkeit geschaffen werden kann.

Bedürfnis und Verbrauch sind Maße des wirtschaftlichen Erfolges und stehen in geradem Verhältnis zur Arbeitsintensität, welche mit den beiden auch in kausalem Wechselverhältnis steht.

Arbeitskraft und Arbeit sind aber absolute Derivanten der körperlichen und geistigen Gesundheit des Menschen, also muß deren Quelle, d. i. die Gesundheit, vor allem erschlossen werden.

Die gegenseitige Wirkung der Wissenschaften über Volkswirtschaft und Volksgesundheit wird aber auf geistigem Gebiete eine neue öffentliche Hygiene und eine in wichtigen Punkten zu erneuernde Volkswirtschaftslehre zur Folge zu haben.

Zum Problem der „Wiedergutmachung" von Kriegsstörungen der Bevölkerungsentwicklung.

Von Privatdozent Dr. Felix Burkhardt, Dresden.

Die Gleichförmigkeit in den Bewegungserscheinungen an Bevölkerungsmassen, die sich unter normalen Verhältnissen zeigte, wurde in den vom Kriege betroffenen Ländern in gewaltsamer Weise gestört. Dabei waren die durch den Ursachenkomplex des Krieges hervorgerufenen Störungen zum Teil hemmender, zum Teil beschleunigender Natur. Bei der zahlenmäßigen Untersuchung der Störungen geht man zweckmäßigerweise von den vorkriegszeitlichen Bewegungsverhältnissen aus, legt diese bzw. ihre erwartungsgemäße stetige Weiterentwicklung als Norm zugrunde und mißt an dieser Norm die durch den Krieg hervorgerufenen Abweichungen.

Im folgenden sollen mittels dieses vergleichenden Verfahrens die Störungen der Eheschließungs- und Geburtenbewegung nach den von E. Würzburger[1]) vorgezeichneten Richtlinien einer eingehenden Betrachtung unterzogen werden.

Zur leichteren Durchführung der Untersuchungen über die Störungen der Eheschließungsbewegung bezeichnen wir die Zahl der im Kalenderjahr k im Altersjahr x bis $x + 1$ erfolgten Eheschließungen mit h_x^k. Der obere Index gibt dabei das Kalenderjahr, der untere das vollendete Altersjahr an. Wir bestimmen zunächst die Normalheiratszahlen der einzelnen Altersklassen und legen dabei die letzten vorkriegszeitlichen Friedensjahre zugrunde. Von einer normalen Weiterentwicklung sehen wir ab, weil deren Bestimmung infolge der Abhängigkeit der Heiratshäufigkeit von der Wirtschaftslage sehr unsicher ist. Wir erhalten als Normalheiratszahl für das Alter x bis $x + 1$

[1]) Jahrb. f. Nationalök. u. Stat. 1917 Bd. 109 (Dritte Folge Bd. 54) S. 544.

$$h_x = \frac{1}{n}(h_x^{13} + h_x^{12} + h_x^{11} + \ldots) \quad (1)$$

wobei n die Zahl der Beobachtungskalenderjahre und 13, 12 . . . die Kalenderjahre 1913, 1912 . . . bezeichnen.

Abgesehen vom ersten Kriegsmonat hat der Krieg einen starken Ausfall an Eheschließungen verursacht. Der Ausfall stellt sich für das Altersjahr x bis $x + 1$ im Kalenderjahr k durch die Differenz $h_x - h_x^k$ dar. Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß der Ausfall an Eheschließungen auf zwei Ursachen zurückzuführen ist, erstens auf die vorübergehende Verhinderung an der Eheschließung infolge Einberufung zum Militär und zweitens auf den Kriegstod Unverheirateter. Die erste Gruppe der ausgefallenen Eheschließungen ist nach dem Kriege nachholbar, die zweite jedoch nicht. Zur Berechnung dieser beiden Gruppen bezeichnen wir unter Bezugnahme auf das männliche Geschlecht die Heiratswahrscheinlichkeit der Altersklasse x bis $x + 1$ mit w_x und die Sterbenswahrscheinlichkeit mit w'_x und die Zahl der Kriegstodesfälle Unverheirateter im Kalenderjahre k und Altersjahre x bis $x + 1$ mit t_x^k. Von den t_x^k unverheiratet Gefallenen würden sich wahrscheinlicherweise $e^k(t^k)$ im Kalenderjahr k, $e^{k+1}(t_x^k)$ im Kalenderjahr $k + 1$ usw. verheiratet haben. Dabei ist

$$e^k(t_x^k) = t_x^k \frac{w_x}{2}$$

$$e^{k+1}(t_x^k) = t_x^k \left(1 - \frac{w'_x}{2}\right)\left(1 - \frac{w_x}{2}\right) w_{x+1} \quad (2)$$

$$e^{k+2}(t_x^k) = t_x^k \left(1 - \frac{w'_x}{2}\right)\left(1 - \frac{w_x}{2}\right)(1 - w'_{x+1})(1 - w_{x+1})\, w_{x+2}$$

usf.

Betrachten wir jetzt die Bevölkerungsgruppe, die Mitte 1914 im Alter von x bis $x + 1$ stand, durch die Zeit von 1914 bis 1918 hindurch. Aus dieser Gruppe würden normalerweise $\sum_{i=0}^{i=4} h_{x+i}$ geheiratet haben, in Wirklichkeit haben aber nur $\sum_{i=0}^{i=4} h_{x+i}^{14+i}$ geheiratet. Mithin stellt sich der Ausfall an Eheschließungen auf

$$\sum_{i=0}^{i=4} (h_{x+i} - h_{x+i}^{14+i}) \quad (3)$$

Von den aus dieser Gruppe während des Krieges unverheiratet Gefallenen, deren Zahl $\sum_{i=0}^{i=4} t_{x+i}^{14+i}$ beträgt, würden während des Krieges

$$\sum_{k=14}^{k=18} e_{t_x}^k \tag{4}$$

geheiratet haben, wobei

$$e_{t_x}^k = e^k(t_x^{14}) + e^k(t_{x+1}^{15}) + \ldots + e^k(t_{x+k-14}^k) \tag{5}$$

gesetzt ist und die einzelnen Ausdrücke in (5) durch (2) definiert werden. Die Zahl der durch vorübergehende Verhinderung ausgefallenen und nach dem Kriege nachholbaren Eheschließungen der Bevölkerungsgruppe, die 1914 im Alter von x bis $x+1$ stand, stellt sich somit auf

$$\sum_{i=0}^{i=4} (h_{x+i} - h_{x+i}^{14+i} - e_{t_x}^{14+i}) \tag{6}$$

Für die sächsischen Eheschließungen der männlichen Ledigen ist der Ausdruck (6) für $x = 15, 16, 17$ negativ und ebenso zum Teil für $x > 38$. Diese Altersklassen gingen also während des Krieges mehr Ehen ein, als sie unter normalen Verhältnissen geschlossen haben würden.

Bezeichnen wir mit x_1 die untere und mit x_2 die obere Heiratsaltersgrenze, so ergibt sich für den gesamten Ausfall der Eheschließungen der Ausdruck

$$A = \sum_{x=x_1}^{x=x_2} \sum_{i=0}^{i=4} (h_{x+i} - h_{x+i}^{14+i}). \tag{3a}$$

Davon sind als nicht nachholbar

$$A_t = \sum_{x=x_1}^{x=x_2} \sum_{k=14}^{k=18} e_{t_x}^k \tag{4a}$$

und als nachholbar

$$A_v = \sum_{x=x_1}^{x=x_2} \sum_{i=0}^{i=4} (h_{x+i} - h_{x+i}^{14+i} - e_{t_x}^{14+i}) \tag{6a}$$

anzusehen. Nach den sächsischen Zahlen ergeben sich für das männliche Geschlecht die folgenden Werte

	A	A_t	A_v
ledig	60 000	10 500	49 500
verwitwet	3 500	—	3 500
geschieden	500	—	500

Mit Kriegsende und der Rückkehr der Truppen aus dem Felde kam die erste der beiden Störungsursachen der normalen Eheschließungsbewegung — die vorübergehende Verhinderung — deren Wirkungen als ausgleichbar nach dem Kriege anzusehen sind, in Wegfall; die zweite Ursache — der Kriegstod unverheirateter Männer — wirkte jedoch weiter und wird sich etwa bis zum

Jahre 1940 fühlbar machen. Die Ausgleichung der Wirkungen der ersten Ursache setzte naturgemäß sofort mit ihrem Aufhören nach Kriegsende ein und hatte eine Heiratshochflut zur Folge, die noch durch eine Zunahme der Heiratshäufigkeit bestimmter Altersklassen infolge der besonderen Verhältnisse nach dem Kriege erhöht wurde. Die Gesamtheit der in den Nachkriegsjahren geschlossenen Ehen ist nach den Ausführungen von E. Würzburger[1]) in drei Gruppen zu zerlegen. Die erste Gruppe bilden diejenigen Eheschließungen, die unter normalen Verhältnissen von den Überlebenden vorgenommen worden wären. Zur zweiten Gruppe gehören die Eheschließungen, die als Nachholung zu betrachten sind und die dritte Gruppe wird von denjenigen Eheschließungen gebildet, die auf das Konto der veränderten Verhältnisse zu setzen sind.

Bei der zahlenmäßigen Bestimmung der drei Gruppen gehen wir davon aus, daß von der Bevölkerungsgesamtheit, die 1914 im Alter von x bis $x + 1$ stand, die Zahl der im Jahre 1919 unter normalen Verhältnissen von den Überlebenden zu erwartenden Eheschließungen $h_{x+5} - e^{19}_{t_x}$ betrug. Die wirklichen Heiratszahlen überstiegen jedoch für sämtliche x die erwartungsgemäßen und wir treffen nach den vorstehenden Darlegungen wohl das Richtige, wenn wir die Differenz $h^{19}_{x+5} - \left(h_{x+5} - e^{19}_{t_x}\right)$ entweder als Nachholung oder teils als Nachholung und teils als Abweichung von den normalen Heiratsgewohnheiten ansehen, ja nachdem die Differenz kleiner oder größer als die Zahl der nachholbaren Eheschließungen ist. Im ersten Falle

$$\left(h^{19}_{x+5} - h_{x+5} + e^{19}_{t_x}\right) < \sum_{i=0}^{i=4}\left(h_{x+i} - h^{14+i}_{x+i} - e^{14+i}_{t_x}\right) \qquad (7)$$

ergeben sich $h^{19}_{x+5} - h_{x+5} + e^{19}_{t_x}$ Eheschließungen als Nachholungen und im zweiten Falle

$$\left(h^{19}_{x+5} - h_{x+5} + e^{19}_{t_x}\right) > \sum_{i=0}^{i=4}\left(h_{x+i} - h^{14+i}_{x+i} - e^{14+i}_{t_x}\right) \qquad (8)$$

ergeben sich $\sum_{i=0}^{i=4}\left(h_{x+i} - h^{14+i}_{x+i} - e^{14+i}_{t_x}\right)$ Eheschließungen als Nachholungen und

$$\left(h^{19}_{x+5} - h_{x+5} + e^{19}_{t_x}\right) - \sum_{i=0}^{i=4}\left(h_{x+i} - h^{14+i}_{x+i} - e^{14+i}_{t_x}\right) \qquad (9)$$

[1]) Zeitschrift des Sächs. Statist. Landesamtes 1920/21 S. 16 und Deutsches Statist. Zentralblatt 1920 S. 111.

Eheschließungen als Abweichungen von den normalen Heiratsgewohnheiten.

Nach den sächsischen Zahlen besteht bei den männlichen Ledigen die Ungleichung (8) für $x \leq 16$ und teilweise für $x \geq 35$ und die Ungleichung (7) durchgängig für $17 \leq x \leq 34$. Bei den verwitweten Männern gilt die Ungleichung (8) für $x \leq 20$ und für $x \geq 35$ und die Ungleichung (7) für $21 \leq x \leq 34$. Bei den geschiedenen Männern bestehen die Ungleichungen (7) und (8) unregelmäßig nebeneinander.

Die Durchführung der dargelegten Rechnungen an den sächsischen Zahlen für das männliche Geschlecht ergibt, daß von den 59000 Eheschließungen im Jahre 1919 anzusehen sind als

	erwartungsgemäß	Nachholung	Abweichung von d. normalen Heiratsgewohnheiten
ledig	30 400	17 400	2 200
verwitwet	3 700	2 500	1 200
geschieden	900	300	400
zusammen	35 000	20 200	3 800

Die für das männliche Geschlecht angestellten Untersuchungen der Eheschließungsbewegung lassen sich auch auf das weibliche Geschlecht anwenden. Die Größen t_x sind hier gleich Null. Für die weiblich Verwitweten gibt der Ausdruck (9) im besonderen Aufschluß über die Wiederverheiratung von Kriegerswitwen, worüber direkte Unterlagen nicht vorhanden sind. Für Sachsen ergibt die Summation der positiven Werte des Ausdruckes (9) näherungsweise 4000.

Noch stärker als die Eheschließungsbewegung wurde der Geburtenverlauf durch den Krieg gestört. Dabei waren die Störungen des Geburtenverlaufs ebenso wie die Störungen der Eheschließungsbewegung hemmender Natur, und zwar waren die Hemmungen des Geburtenverlaufs noch stärker als die der Eheschließungsbewegung. Bezeichnen wir als Hemmungsfaktor das Verhältnis des Ausfalls zur erwartungsgemäßen Ereigniszahl, so stellt sich der Hemmungsfaktor nach den sächsischen Zahlen für die Eheschließungsbewegung auf 0,39 und für die Geburtenhäufigkeit auf 0,49.

Der Ausfall an Geburten ist im wesentlichen auf drei Ursachen zurückzuführen: 1) auf den Ausfall an Eheschließungen, 2) auf den Kriegstod verheirateter Männer, 3) auf die

[1]) Vgl. Zeitschr. d. Sächs. Statist. Landesamtes, 1922, S. 5 u. f.

vorübergehende Trennung von Ehen. Zur näherungsweisen Ermittlung der Anteile der drei Faktoren am Geburtenausfall wenden wir wie bei den Untersuchungen des Eheschließungsausfalles das vergleichende Verfahren an und benützen als Vergleichungsmomente die Ehelösungsquote und die Fruchtbarkeitspuote.

Zur Kennzeichnung dieser beiden Quoten bezeichnen wir die Zahl der Eheschließungen von der Mitte des Kalenderjahres k bis zur Mitte des Kalenderjahres $k + 1$ mit H^k. Für die auf diese Weise gebildeten Eheschließungsgesamtheiten decken sich im Mittel Ehejahre und Kalenderjahre, z. B. sind die aus der Gesamtheit H^k im y^{ten} Ehejahr gelösten Ehen näherungsweise gleich den im Kalenderjahr $k + y$ im y^{ten} Ehejahr gelösten Ehen. Wir bezeichnen die Zahl der im Kalenderjahr k im y^{ten} Ehejahr erfolgten Ehelösungen mit l_y^k. Dabei bezeichnet der obere Index das Kalenderjahr, der untere das Ehejahr. Unter Benutzung der eingeführten Bezeichnungen stellen sich die Ehelösungsquoten für die einzelnen Ehejahre im Kalenderjahr k, die wir mit $\lambda_1^k, \lambda_2^k, \lambda_3^k \ldots$ bezeichnen, durch die Gleichungen dar

$$\lambda_1^k = \frac{l_1^k}{H^{k-1}}, \lambda_2^k = \frac{l_2^k}{H^{k-2}\,(1 - \lambda_1^{k-1})}, \quad \lambda_3^k = \frac{l_3^k}{H^{k-3}\,(1 - \lambda_1^{k-2})\,(1 - \lambda_2^{k-1})} \quad (10)$$

Wir berechnen auf Grund der statistischen Unterlagen die Ehelösungsquoten verschiedener Kalenderjahre und bestimmen aus den ermittelten Einzelwerten, die den Charakter von typischen Werten tragen, für jedes Ehejahr y die mittlere Ehelösungsquote λ_y.

Zur Erläuterung des Begriffes der Fruchtbarkeitsquote bezeichnen wir die im Kalenderjahr k im y^{ten} Ehejahr erfolgten Geburten mit g_y^k. Die im y^{ten} Ehejahr im Kalenderjahr k Geborenen stammen im Durchschnitt aus denjenigen Ehen der Gesamtheit H^{k-y}, die am Beginn des Kalenderjahres k noch vorhanden sind, das sind $H^{k-y} \prod_{i=0}^{i=y-1} (1 - \lambda_i)$ Ehen. Dabei ist $\lambda_0 = 0$ zu setzen. Zur Begründung dieser Inbeziehungsetzung ist zu sagen, daß den eigentlichen mittleren Zeitpunkt der Konzeption für die Geburten des Kalenderjahres k der 1. Oktober des Kalenderjahres $k - 1$ darstellt, daß es aber in Anbetracht der nach erfolgter Befruchtung vorkommenden Todesfälle von Frauen und Ehescheidungen theoretisch richtiger und für die praktische Berechnung auch einfacher ist, die Geburten des Kalenderjahres k auf die Zahl der am Beginn desselben

stehenden Ehen zu beziehen. Wir definieren somit die Fruchtbarkeitsquoten $\varphi_1^k, \varphi_2^k \ldots$ für die einzelnen Ehejahre im Kalenderjahr k durch die Gleichungen

$$\varphi_1^k = \frac{g_1^k}{H^{k-1}},\ \varphi_2^k = \frac{g_2^k}{H^{k-2}(1-\lambda_1)},\ \varphi_y^k = \frac{g_y^k}{H^{k-y}\prod\limits_{i=0}^{i=y-1}(1-\lambda_i)} \qquad (11)$$

Die Fruchtbarkeitsquoten $\varphi_1^k, \varphi_2^k \ldots$ zeigen in den verschiedenen Kalenderjahren k eine sehr gute Konstanz, so daß die Mittelwerte $\varphi_1, \varphi_2 \ldots$ als typische Werte angesprochen werden dürfen.

Mit Hilfe der Fruchtbarkeitsquoten $\varphi_1, \varphi_2 \ldots$ läßt sich für ein bestimmtes Kalenderjahr von 1914 bis 1918 die Geburtenerwartung ε_n^k unter normalen Verhältnissen bestimmen. Wir legen dabei bis 1914 die wirklichen Eheschließungszahlen und von da ab die unter normalen Verhältnissen erwartungsgemäßen zugrunde.

Die Geburtenerwartung ε_h^k auf Grund der tatsächlich geschlossenen Ehen liegt infolge des Eheschließungsausfalles während der Kriegsjahre niedriger als die Geburtenerwartung ε_n^k unter normalen Verhältnissen. Unter Anwendung der Fruchtbarkeitsquoten $\varphi_1, \varphi_2 \ldots$ stellt sich die Geburtenerwartung ε_{hy}^k für das y[te] Ehejahr im Kalenderjahr k auf Grund der geschlossenen Ehen auf $\varepsilon_{hy}^k = H^{k-y} \prod\limits_{i=0}^{i=y-1} (1-\lambda_i)\varphi_y$ und für sämtliche Ehejahre im Kalenderjahr k

$$\varepsilon_h^k = \sum_{y=1}^{y=\omega} \varepsilon_{hy} = \sum_{y=1}^{y=\omega} \left[H^{k-y} \prod_{i=0}^{i=y-1} (1-\lambda_i)\varphi_y \right] \qquad (12)$$

Dabei bezeichnet ω das höchste fruchtbare Ehejahr. Die Differenz ε_n^k und ε_h^k stellt den Geburtenausfall infolge des Eheschließungsausfalls dar. Sie setzt sich zusammen aus den beiden Teilen ε_t^k u. ε_v^k, wobei ε_t^k den Geburtenausfall infolge des Kriegstodes Lediger und ε_v^k den Geburtenausfall infolge vorübergehender Verhinderung der Eheschließung bezeichnet.

Die zweite Ursache für den Geburtenausfall ist der Kriegstod verheirateter Männer. Wir bezeichnen mit τ_y^k die Anzahl der im Kalenderjahr k im y[ten] Ehejahr gefallenen verheirateten Männer und mit $\varepsilon^{k+\varkappa}(\tau_y^k)$ den durch diesen Verlust im Kalenderjahr $k+\varkappa$

eintretenden Geburtenausfall. Die Berechnung der Größe $\varepsilon^{k+\varkappa}(\tau_y^k)$ erfolgt dabei näherungsweise durch die Gleichung

$$e^{k+\varkappa}(\tau_y^k) = \tau_y^k \left(1 - \frac{\lambda_y}{2}\right) \prod_{i=1}^{i=\varkappa-1} (1 - \lambda_{y+i})\, \varphi_{y+\varkappa} \qquad (13)$$

Der Geburtenausfall im Kalenderjahr k infolge der Kriegsverluste an verheirateten Männern der vorhergehenden Jahre stellt sich in der Form dar

$$\varepsilon_\tau^k = \varepsilon^k(\tau_1^{k-1}) + \varepsilon^k(\tau_2^{k-1}) + \ldots + \varepsilon^k(\tau_1^{k-2}) + \varepsilon^k(\tau_2^{k-2}) + \ldots$$

wobei die einzelnen Ausdrücke durch (13) definiert werden.

Die Berechnung von ε_τ^k ermöglicht eine näherungsweise Bestimmung des Geburtenausfalles ε_s^k infolge der vorübergehenden Trennung von Ehen. Die Differenz zwischen der auf Grund der Eheschließungen erwartungsgemäßen Geburtenzahl ε_h^k und der wirklichen Geburtenzahl g^k ist gleich der Summe von ε_τ^k und ε_s^k. Mithin bestimmt sich ε_s^k durch die Gleichung

$$\varepsilon_s^k = \varepsilon_h^k - g^k - \varepsilon_\tau^k \qquad (14)$$

Nach dem dargestellten Verfahren sind für Sachsen die Werte ε_t^k, ε_v^k, ε_τ^k und ε_s^k für die einzelnen Kriegsjahre und das Jahr 1919 berechnet worden. Die Summation der Werte von $k = 15$ bis $k = 19$ ergibt

$$\sum_{k=15}^{k=19} \varepsilon_t^k = 7\,900, \quad \sum_{k=15}^{k=19} \varepsilon_v^k = 54\,000, \quad \sum_{k=15}^{k=19} \varepsilon_\tau^k = 16\,000, \quad \sum_{k=15}^{k=19} \varepsilon_s^k = 159\,100.$$

Der Ausfall an ehelichen Geburten bis Ende 1919 stellt sich somit für Sachsen auf 237000. Nimmt man an, daß in Sachsen unter normalen Verhältnissen jährlich ungefähr 105000 eheliche Geburten zu erwarten gewesen wären, so kommt der Ausfall während des Krieges näherungsweise dem vollkommenen Ausfall von $2^1/_4$ Geburtenjahrgängen gleich. Nach den obigen Zahlen ist der Ausfall an ehelichen Geburten in Sachsen zu 67 Proz. auf die vorübergehende Trennung von Ehen zurückzuführen, zu 23 Proz. auf die Verhinderung von Eheschließungen, zu 7 Proz. auf den Kriegstod verheirateter Männer und zu 3 Proz. auf den Kriegstod lediger Männer, die wahrscheinlicherweise in den Jahren 1914 bis 1918 unter normalen Verhältnissen geheiratet haben würden.

In den weiteren Jahren $k > 19$ sind naturgemäß die Ausdrücke ε_v^k und ε_s^k gleich Null. Die beiden anderen Ausdrücke ε_t^k und ε_τ^k ergeben etwa bis zum Jahre 1940 positive Beträge. Die Be-

rechnung von ε_t^k und ε_τ^k für $k > 19$ ist vollkommen analog der Berechnung für $k \leqq 19$. Die Reihe ε_τ^k nimmt mit wachsendem k fortgesetzt ab, während die Reihe der ε_t^k zunächst weiter ansteigt und dann fällt. Die Summenwerte $\sum_{k=20}^{k=40} \varepsilon_t^k$ und $\sum_{k=20}^{k=40} \varepsilon_\tau^k$ stellen sich für Sachsen auf $\sum_{k=20}^{k=40} \varepsilon_t^k = 200\,300$ und $\sum_{k=20}^{k=40} \varepsilon_\tau^k = 29\,500$. Somit ergibt die Ausmaßbestimmung des Geburtenausfalles für Sachsen von 1920 ab den Wert $\sum_{k=20}^{k=40} (\varepsilon_t^k + \varepsilon_\tau^k) = 229\,800$. Der gesamte niemals ersetzbare Geburtenausfall infolge der Kriegsverluste berechnet sich für Sachsen somit auf

$$\sum_{k=15}^{k=40} \varepsilon_t^k = 208\,200, \quad \sum_{k=15}^{k=40} \varepsilon_\tau^k = 45\,500, \quad \sum_{k=15}^{k=40} (\varepsilon_t^k + \varepsilon_\tau^k) = 253\,700.$$

Da in Sachsen ungefähr 47000 verheiratete Männer und 75000 ledige Männer dem Kriege zum Opfer gefallen sind, so würde durchschnittlich in jeder Ehe, die durch den Kriegstod des Mannes gelöst wurde, noch eine Geburt erfolgt sein und jeder ledig gefallene Mann würde im Mittel Vater von 3 Kindern geworden sein.

Der auf vorübergehende Verhinderung von Eheschließungen zurückzuführende Geburtenausfall während des Krieges ist bis auf den Einfluß der Erhöhung des Heiratsalters nach dem Kriege nachholbar, ebenso zum Teil auch die infolge vorübergehender Trennung von Ehen ausgefallenen Geburten. Inwieweit in letzteren Ehen bereits im Jahre 1920 Nachholungsgeburten vorgekommen sind, darüber erhält man einigen Aufschluß, wenn man nach der Eheschließungs- und Ehelösungsstatistik näherungsweise ermittelt, wieviele Ehen am Anfang des Jahres 1920 im Mittel in die einzelnen Ehejahre eintraten, und wenn man aus diesen Zahlen mittels der vorkriegszeitlichen Fruchtbarkeitsquoten die Geburtenerwartung für die einzelnen Ehejahre berechnet und die erwartungsgemäßen Geburtenzahlen mit den wirklichen vergleicht. Die Durchführung dieser Berechnung an den sächsischen Zahlen ergibt, daß die Geburtenhäufigkeit des 3. bis 10. Ehejahres die Erwartung übersteigt (im 3. Ehejahr um 0,5 Proz., im 4. um 5 Proz., im 5. um 8 Proz. und im 6. bis 10. um 6 Proz.), daß aber die Geburtenhäufigkeit des 1. und 2. Ehejahres und ebenso vom 11. Ehejahr ab hinter der erwartungsgemäßen zurückbleibt (im 1. Ehejahr um 8 Proz., im 2. um 10 Proz. und vom 11. bis 20. um 13 Proz.). Das Plus im 3. bis 10. Ehejahr dürfte im wesentlichen als Nachholung der

während des Krieges ausgefallenen Geburten anzusehen sein und an dem Minus der ersten beiden Jahre trägt vermutlich neben den wirtschaftlichen Verhältnissen im allgemeinen der Wohnungsmangel den Hauptteil der Schuld.

Mit dem Jahre 1940 wird im Mittel der primäre Geburtenausfall sein Ende erreichen. Er wird als Folgeerscheinung einen sekundären Geburtenausfall nach sich ziehen, der seinerseits wiederum einen tertiären Geburtenausfall zur Folge haben wird, usf. Die Zahlen für die einzelnen Geburtenausfallsfolgen wachsen in geometrischer Progression. Zurzeit ermöglicht die Statistik noch keine brauchbaren Untersuchungen, ob die nachkriegszeitliche Geburtenhäufigkeit den Geburtenausfall kompensieren wird oder ob eine Bevölkerungsabnahme zu befürchten ist.

Die Sterblichkeit in den Häusern der Aktienbaugesellschaft für billige Wohnungen in Frankfurt a. M.

Von Prof. Dr. MAX FLESCH, Frankfurt a. M.

Die Gründung der Aktienbaugesellschaft für billige Wohnungen ist vor nunmehr 30 Jahren auf Anregung des verstorbenen Stadtrats Dr. jur. Karl Flesch, meines Bruders, erfolgt. Die leitenden Gedanken bei der Gründung haben sich wesentlich auf wirtschaftlichem Gebiet bewegt. „Die gewöhnlich bezahlten Taglöhner, Auslaufer, Arbeiter, können nicht den Betrag für Miete aufwenden, welchen die besser gestellten Beamten, kleine Handwerker, Vorarbeiter usw. zu zahlen vermögen. Sie müssen sich daher entweder mit Wohnungen begnügen, die wegen ihrer Verwahrlosung, des baulichen Zustandes des Hauses, der schlimmen Nachbarschaft usw. von den etwas besser situierten verschmäht werden oder sie müssen sich mit ihren Wohnungsbedürfnissen in äußerster, unzulässigster Art einschränken, so daß Mann, Frau und Kind vielfach in einem einzigen Zimmer ohne Nebenraum Unterkunft suchen. Hier einzugreifen ist natürlich sehr schwer, gerade wegen der geringen Mittel der Beteiligten.“[1]) Bei dem Bestreben, die Beschaffung der Wohnung den wirtschaftlichen Verhältnissen der Mieter anzupassen, konnte für die Bauweise nicht immer den strengsten Anforderungen des Hygienikers entsprochen werden. Ja es wurden zeitweise hygienische Beanstandungen ein bequemer Vorwand für um die Hochhaltung ihrer Mietpreise besorgte Interessenten, um sie gegen eine Erweiterung der Betätigung der Gesellschaft anläßlich der erforderlichen baupolizeilichen Genehmigungen in der Stadtverordnetenversammlung geltend zu machen: Manches Mal mit dem Erfolg einer

[1]) Aus dem ersten Jahresbericht der Gesellschaft für das Geschäftsjahr 1890.

Verzögerung der Ausführung der Projekte; aber es gelang der Gesellschaft immer wieder dieser Schwierigkeiten Herr zu werden, derart, daß den Mietern der von ihr erstellten Wohnungen innerhalb ihres Könnens bessere Wohnungen zur Verfügung gestellt werden konnten, als sie bisher inne hatten. Gerade dadurch aber hat sich das Unternehmen ungeachtet seines Ausganges von rein wirtschaftlichen Motiven mit der wachsenden Ausdehnung seiner Betätigung zu einem hygienischen Experiment größten Stils gestaltet. Die Bewohnerzahl der von der Gesellschaft errichteten Häuser beträgt etwa ein und einhalb Prozent der gesamten Einwohnerschaft Frankfurts und entspricht mit ihren über 7000 Köpfen der einer kleinen Stadt. Für den Vergleich mit der Gesamtbevölkerung der Großstadt, in deren Rahmen sich die allmählich zu dieser Ausdehnung herangewachsene Bevölkerung der Aktienhäuser ausgebildet hat, kann die einfache zahlenmäßige Gegenüberstellung nicht genügen. Die Einwohnerschaft der Aktienhäuser setzt sich fast ausschließlich aus den Angehörigen einer einzigen, allerdings der überwiegenden Schicht der Bevölkerung, Arbeitnehmern und Angestellten zusammen. Innerhalb dieser wirtschaftlichen Gemeinsamkeit muß für den Vergleich der Besonderheiten der Altersgliederung, der Berufszugehörigkeit, der allmählichen Ausscheidung gewisser Altersklassen durch die Seßhaftigkeit der Bewohner im Gegensatz zu der Häufigkeit des Umziehens in anderen Häusergruppen Rechnung getragen werden. Erst wenn die sich daraus ergebenden Einflüsse auf die gesundheitlichen Verhältnisse ausgeschaltet sind, wird man eine Differenz gegenüber der sonstigen Einwohnerschaft der Stadt zugunsten oder ungunsten des Einflusses der Wohnung buchen können. Und dann wieder wird erst nach Berücksichtigung der durch den billigeren Mietpreis geschaffenen wirtschaftlichen Besserstellung der Bewohner in sonst gleichwertigen billigeren Wohnungen der Nachweis eines unmittelbaren hygienischen Vorteils gesichert sein.

Auf die allgemeinen Verhältnisse der Aktienbaugesellschaft hier einzugehen darf wohl als überflüssig erachtet werden, nachdem anläßlich des 25jährigen Bestehens ein von Frau Henriette Fürth im Auftrag der Gesellschaft verfaßter Jubiläumsbericht sie im Jahre 1915 dargestellt hat. Soweit sie für die hygienische Bewertung wichtig sind, findet sich übrigens alles wichtige schon vorher auch in einer früheren von mir verfaßten Abhandlung zusammengefaßt. Als Materialquelle für die folgenden Untersuchungen kommen außer den Jahresberichten der Gesellschaft die Mitteilungen des Frankfurter statistischen Amtes, die im wesentlichen in den Jahres-

berichten des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. wiedergegeben sind, in Betracht. Wertvolle Ergänzungen verdanke ich außerdem dem überaus liebenswürdigen Entgegenkommen des Leiters des Frankfurter statistischen Amtes Herrn Direktor Dr. Busch, dem an dieser Stelle mein verbindlichster Dank ausgesprochen sei.

Tabelle I.

Übersicht der Anzahl der Wohnungen, der Bewohner nach Altersgruppen; der Sterblichkeit nach Altersgruppen in den Aktienhäusern. 1895—1920.

Jahrgang	Anzahl der Wohnungen	Bewohnerzahl			Todesfälle				Sterblichkeitsziffer[3])
		Insgesamt	Über 14[2]) Jahre	Unter 14[1]) Jahren	Über 14[2]) Jahre	Unter 14 Jahren	Totgeboren	Insgesamt	
1895	176	748	338	410	3	3	1	7	8,02
1896	176	763	381	382	6	3		9	11,60
1897	245	1280	589	691	7	1	1	9	6,25
1898	245	1322	548	734	14	11		25	18,99
1899	245	1370[4])	588	782	16	3		19	11,86
1900	388	2803	1115	1688	9	19	5	33	9,98
1901	594	3042	1483	1559	23	2	6	31	8,21
1902	842	4155	2044	2111	23	21	4	48	10,83
1903	875	4303	2136	2167	29	22	4	55	11,84
1904	973	4654	2342	2312	24	21	6	51	9,60
1905	1030	4924	2595	2329	36	20	5	61	11,37
1906	1029	5008	2595	2413	26	29	2	57	10,88
1907	1112	5365	2850	2515	27	18	4	49	8,39
1908	1114	5351	2856	2495	34	13		47	8,78
1909	1201	5677	3081	2596	27	7	1	35	6,00
1910	1201	5725	3148	2577	25	4	4	33	5,07
1911	1301	6096	3460	2636	39	12	5	56	8,37
1912	1427	6459	3773	26 6	23	10	4	37	5,11
1913	1477	6913	4058	2855	26	6	1	33	4,63
1914	1530	7171	4156	3015	47[5])	4	1	52[5])	7,11
1915	1578	7140	4203	2937	67[5])	7	1	74[5])	10,36
1916	1578	7128	4231	2897	97[5])	8	2	107[5])	14,73
1917	1628	7067	4217	2850	84[5])	6	2	92[5])	12,73
1928	1627	7214	4325	2839	89[5])	2	2	93[5])	12,61
1919	1627	7195	4579	2616	60[5])	3	3	66[5])	8,75
1920	1627	7166	?	?	?	?	?	40	5,58

[1]) Ausschließlich Totgeborene.
[2]) Vom 15. Jahre aufwärts.
[3]) Einschließlich der Kriegsgefallenen.
[4]) Im letzten Vierteljahre 388 Wohnungen mit 1909 Einwohnern.
[5]) Einschließlich der im Feld gestorbenen.

Schon einmal, vor nunmehr 10 Jahren haben die Sterblichkeitsverhältnisse in den von der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen in Frankfurt a. M. errichteten Häusern Gegenstand einer hygienischen Untersuchung gebildet.[1]) Eine an deren Vortrag sich anschließende Diskussion in der „Berliner Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik“[2]) ist nicht zum Abschluß gekommen. Es wurden damals gegen die statistische Beweisführung beachtenswerte Einwendungen erhoben, die eine Ergänzung wünschenswert erscheinen ließen. Weiteres Material beizubringen schien erforderlich. Als das, soweit es auf Grund der Ergebnisse der folgenden 3 Jahre möglich war, nachgeholt werden sollte, kam der Krieg dazwischen. Bei der Wiederaufnahme der Arbeit konnte nun ein weiteres volles Jahrzehnt des Bestehen der Aktiengesellschaft zugrunde gelegt werden. Die Anzahl der von der Gesellschaft errichteten Wohnungen hatte sich inzwischen von anfänglich 176 auf 1627, der Bewohner auf über 7000 erhöht (s. Tabelle 1). Unter Hinzurechnung der in der ersten Abhandlung nicht berücksichtigten früheren Jahre kann nunmehr ein volles Vierteljahrhundert überblickt werden. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, die Prüfung der damaligen Folgerungen und der gegen sie erhobenen Einwände auf eine wesentlich breitere Basis zu stellen. Zugleich aber erscheint es von allgemeinem Interesse zu sein, nachdem die erste Untersuchung sich innerhalb der Friedensverhältnisse vollzogen hatte, den abnormen Zuständen der Kriegszeit und insbesondere auch der Einwirkung der Grippeepidemie, der ersten solchen größeren Epidemie seit dem Bestehen der Aktienhäuser, Beachtung zu schenken. Möglicherweise konnten sich wichtige Rückschlüsse auf die Bedeutung der Wohnungsverhältnisse für die normalen Zeiten aus dem Verhalten in der Zeit der Hungerblockade und der Epidemien gewonnen werden.

Als Ausgang für die weiteren Untersuchungen sei hier zunächst eine Übersichtstabelle über die Sterblichkeitsverhältnisse in der Stadt Frankfurt a. M. einerseits, in den Aktienhäusern andererseits aufgestellt.

---

[1]) Hygienische Ergebnisse der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen in Frankfurt a. M. von Prof. Dr. Max Flesch (Frankfurt a. M.). Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin (Medizinische Reform) herausgegeben von Prof. Dr. Rudolf Lennhoff und Dr. Benno Latz Jahrg. X, Nr. 1, S. 1.

[2]) Sitzungsbericht der Gesellschaft für soziale Medizin usw. Sitzung am 12. Januar 1911. In der Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin, XIX. Jahrg., S. 71.

Tabelle 2.

Vergleichende Übersicht der Einwohnerzahl und der Sterblichkeitsziffern in der Stadt Frankfurt a. M. und in den Häusern der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen.

Jahr	Einwohner in Frankfurt a. M.	Todesfälle ausschl. Totgeborenen u. Gefallenen	Todesfälle auf 1000 Einwohner	Einwohner in den Aktienhäusern	Todesfälle ausschl. Totgeborenen einschl. Gefallenen	Todesfälle auf 1000 Einwohner einschl. Gefallenen	Todesfälle auf 1000 Einwohner ausschl. Gefallenen
1	2	3	4	5	6	7	8
1895	226 000	3912	17,31	748	6	8,02	8,02
1896	232 000	3623	15,55	763	9	11,60	11,50
1897	240 500	3991	16,59	1280	8	6,25	6,25
1898	247 400	3852	15,57	1372	25	18,39	18,39
1899	253 900	4205	16,56	1370	19	11,86	11,86
1900	284 000	4793	16,88	2803	28	9,98	9,98
1901	294 000	4588	15,61	3042	25	8,21	8,21
1902	300 000	4434	14,78	4155	44	10,83	10,83
1903	308 000	5188	16,84	4303	50	11,84	11,84
1904	316 000	5025	15,90	4654	45	9,63	9,63
1905	330 000	5286	15,78	4924	56	11,37	11,37
1906	340 000	5009	14,72	5008	55	10,88	10,88
1907	352 000	5086	14,45	5365	45	8,39	8,39
1908	358 000	5325	14,87	5351	47	8,78	8,78
1909	366 700	5075	13,84	5677	34	6,06	6,06
1910	408 000	5330	13,06	5725	29	5.07	5,07
1911	418 000	5275	12,62	6096	51	8.37	8,37
1912	429 100	5138	11.97	6459	33	5,11	5,11
1913	440 000	5132	11,66	6913	32	4,63	4,63
1914	450 000	5203 [3]	11,56	7171	51	7,11	5,09
1915	411 942 [1]	5208	12,64 [1]	7140	73	10,38	5,74
1916	395 663	5092 [3]	12,87	7128	105	14,73	8,69
1917	394 491 [2]	60[illegible]4 [3]	15,29 [2]	7067	90	12,73	9,05
1918	421 239	6702 [3]	15,91	7214	91	12,61	10,69
1919	448 600	6319 [3]	14,09	7195	69	8,75	8,57
Durchschnitt 1895—1919			14,89				8,98

[1]) Zivilbevölkerung allein 376 974, bzw. 13,57.

[2]) Zivilbevölkerung allein 363 148, bzw. 16,61.

[3]) Diese Ziffern sowie die darauf beruhenden der Kolumne 4 sind, weil die Zahl der im Feld Gefallenen nicht einbegriffen ist, zu nieder im Vergleich zur Kolumne 7. In den Jahren 1914—1919 waren in Frankfurt 10 437 Todesfälle von Heeresangehörigen zu vermerken, die im Felde oder in Lazaretten den Tod gefunden hatten. Zum Vergleich kann deshalb nur Kolumne 8 in Betracht kommen, worin die Berechnung auch für die Aktienhäuser nach Abzug der im Felde Gefallenen gemacht ist. Ein Bild das sich nach Einberechnung der Kriegstoten ergebenden Verschiebungen zeigt Tabelle 1.

Die in dieser Tabelle aufgenommenen Zahlen, soweit sie sich auf die Gesamteinwohnerschaft beziehen, sind den amtlichen Mitteilungen des städtischen statistischen Amtes entnommen. Für die Kriegsjahre 1914—1919 fehlen dort die fortgeschriebenen Ziffern der regelmäßigen Berichte. An deren Stelle sind die Ziffern eingesetzt, die in einem Ergänzungsheft zu den tabellarischen Übersichten betreffend den Zivilstand der Stadt Frankfurt a. M.[1]) enthalten sind. Ihrer Entstehung nach, als Ergebnis besonderer Zählungen im Interesse der Ernährungswirtschaft, können sie sich nicht ohne weiteres mit der fortgeschriebenen Bevölkerungsziffer decken. Für 1915 liegt eine Anfangs März als Grundlage für die Lebensmittelverteilung vorgenommene Aufnahme des Personenstandes vor, bei der außer der eigentlichen Zivilbevölkerung auch die in Familien verpflegten Militärpersonen mitgezählt sind. Als Todesfälle sind aber nur die der Zivilbevölkerung gezählt. Danach würde die Sterblichkeitsziffer der Kolumne 4 sich bei Weglassung der Militärpersonen vielleicht noch etwas zu Ungunsten der städtischen Gesamtsterblichkeit verschieben, die hier die Gesamtsterblichkeit der Aktienhäuser um 2,28, die Sterblichkeit nach Abrechnung der im Felde gefallenen, wie es richtig wäre, sogar um 6,90 prom. übersteigt. Für 1916 benutzt die Tabelle das Ergebnis einer am 1. Dezember 1916 erfolgten Zählung. Ortsanwesend waren damals 395 663 Personen überhaupt, davon 376 974 Zivilpersonen. Für 1917 sind die entsprechenden Zahlen nach einer Zählung vom 5. Dezember 394 491 bzw. 363 148. Beidemale habe ich die Gesamtbevölkerung in Rechnung gestellt, so daß auch hier der Sterblichkeitsquotient für die Zivilbevölkerung allein noch etwas höher einzustellen wäre. Im Gegensatz dazu sind in Kolumne 7 die Sterblichkeitsquotienten der Einwohner der Aktienhäuser, weil die im Felde Gestorbenen mitgezählt sind, erheblich zu hoch ausgefallen; im Jahr 1916 derart, daß sogar der Sterblichkeitsquotient der Stadt, der die Kriegsverluste nicht enthält, um eine Kleinigkeit überschritten erscheint. In Wirklichkeit besteht auch hier, wie Kolumnen 8 der Tabelle und Tabelle 2 zeigen, nach Abrechnung der Feldverluste sogar eine sehr erhebliche Differenz zugunsten der Aktienhäuser.

Als Ergebnis sehen wir demnach eine wesentlich geringere Sterblichkeit in der Bewohnerschaft der Aktienhäuser gegenüber der Gesamtheit der Einwohnerschaft der Stadt. Im Durchschnitt der 25 Jahre berechnet sich auf 1000 Einwohner ein Sterblichkeitsquotient von 14.89 für die Gesamtbevölkerung gegenüber nur 8,98 für die Aktienhäuser. Lassen wir die 5 letzten Jahre als Kriegsjahre außer Betracht, so sind die entsprechenden Ziffern nach Ausschluß der im Felde gestorbenen 14,81 bzw. 8,51 also nicht wesentlich beeinflußt. In einem einzigen der 25 Jahre, 1898, erhebt sich der Sterblichkeitsquotient der Aktienhäuser über den der Stadt. Der Grund ist nicht mehr zu ermitteln. Der Bericht führt an, daß damals in dem einen der beiden Wohnungsblocks bei 917 Bewohnern 23 Personen, davon 11 Kinder unter 1 Jahr, diese „an Schwäche“, gestorben sind, während in den anderen Blocks auf 405 Bewohner nur 2 Todesfälle kommen. Es handelt sich also

[1]) Frankfurt a. M. 1919 bei Mahlau und Goldschmidt.

aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Endemie, vielleicht am Säuglings-Brechdurchfall. Selbst in dem Grippejahr 1918 bleibt die Sterblichkeit mit 10,69 hinter der niedrigsten überhaupt in den 25 Jahren für die Stadt beobachteten Ziffer — 1914 mit 11,56 — immer noch um 1 prom. zurück. Mehrmals ist sie um mehr als die Hälfte geringer.

Die Mortalitätskurven der städtischen Bevölkerung und der Aktienhäuser laufen nicht parallel wie schon in der zitierten früheren Untersuchung erwähnt und graphisch dargestellt ist.[1]) Teilweise liegt das sicher daran, daß die Zahlen für die Aktienhäuser relativ kleine sind. Das kann man schon daraus schließen, daß, während beide Kurven eine deutlich sinkende Tendenz zeigen, der Rückgang bei der städtischen Bevölkerung sich stetig vollzieht, während sich bei der Aktiengesellschaft erhebliche Schwankungen zeigen, beispielsweise im Jahre 1911, in welchem der Sterbequotient der Aktienhäuser von vorher 5,07 im Jahre 1910 auf 8,37 steigt, um im folgenden Jahr wieder auf 5,11 zu sinken, während in der gleichen Periode in der Stadt der stetige Rückgang von 13,06 auf 12,62 und 11,97 bleibt. Ob noch andere Faktoren wirtschaftlicher oder hygienischer Art dafür in Betracht kommen, wird im Laufe der weiteren Untersuchungen zu erörtern sein. Zunächst wird zu untersuchen sein, ob sich aus der Altersgliederung und dem sozialen Aufbau der Bevölkerung der Aktienhäuser Gründe für deren günstigere Sterblichkeit ergeben.

Schon in der Diskussion über die erste zusammenfassende Bearbeitung der Sterblichkeitsverhältnisse der Bewohner der Aktienhäuser in der Berliner Gesellschaft für soziale Medizin ist darauf hingewiesen worden, daß zu der günstigeren Sterbeziffer gegenüber der städtischen Bevölkerung die Altersgliederung wesentlich beizutragen scheine. Es weist nämlich die Bewohnerschaft der Aktienhäuser ein erhebliches Mehr an Kindern der Altersgruppe von 5—15 Jahren auf. Erfahrungsgemäß aber hat diese die niedrigste Sterbeziffer. Ein genauer ziffernmäßiger Vergleich bezüglich der Altersgruppierung ist nun allerdings nur für die Jahre der Volkszählungen vor dem Kriege möglich. Diese ergeben für 1906 bei 334 978 Einwohnern der ganzen Stadt 86 950 = 25,96 Proz. Kinder unter 15 Jahren, gegenüber 4924 Bewohnern, wovon 2318 = 47,07 Proz. Kinder unter 15 Jahren, in den Aktienhäusern, also ein Mehr von 21,11 auf Seite der letzteren. Für 1910 stellen sich die ent-

[1]) l. c. S. 3 Fig. 1.

sprechenden Ziffern ähnlich: in der Stadt im ganzen 113031 Unterfünfzehnjährige = 27,2 Proz. gegenüber 45 Proz. in den Aktienhäusern.[1]) Um die Bedeutung des relativen Überwiegens der Unterfünfzehnjährigen unter den Bewohnern der Aktienhäuser richtig zu würdigen, muß zunächst untersucht werden, ob die Sterblichkeit innerhalb dieser Altersklasse selbst ebenfalls eine geringere ist als in der Gesamteinwohnerschaft. Genaue Vergleichsziffern für die Stadt stehen nur aus den früher alle 5 Jahre stattgefundenen Volkszählungen zur Verfügung. Aber nur die Jahre 1905 und 1910 sind dabei zu verwerten. 1900 fehlen die nötigen Ziffern in den Bericht der Aktienbaugesellschaft. 1915 und 1920 konnten durch den Krieg und seine Folgen Zählungen in der früheren Art nicht angestellt werden. Aber auch für die beiden Vergleichsjahre ist eine genaue Gegenüberstellung dadurch unmöglich, daß die vorhandenen Zahlen nicht nach denselben Normen aufgenommen sind. Für die Häuser der Gesellschaft fehlen die Zahl der Kinder unter einem Jahr und unter 5 Jahren. Sie konnten auch nicht nachträglich ermittelt werden. Auch sind die jugendlichen Lebensalter nicht nach den üblichen fünfjährigen Gruppen, vielmehr nur nach zwei Gruppen-Kinder von unter 14 und von 15—20 Jahren — geschieden, während die Aufstellung der Todesfälle nach fünfjährigen Gruppen erfolgt ist. Dem Direktor des statistischen Amtes, Herrn Dr. Busch, verdanke ich eine annähernde Vergleichsmöglichkeit durch die von ihm mitgeteilte Berechnung der auf die Kinder von 1—14 Jahren entfallenden Zahlen für 1905 und 1910. Das hier in Betracht kommende Zahlenmaterial bringt Tabelle 3. Die Verschiedenheit einiger Ziffern gegenüber denen der Tabelle 2 erklärt sich aus der nicht ganz übereinstimmenden Gruppenteilung. Für die Ergebnisse haben sie keine Bedeutung.

(Tabelle 3 siehe nächste Seite.)

Aus der Zusammenstellung ersehen wir hier zunächst, daß für beide Vergleichsjahre recht verschiedene Sterblichkeitsverhältnisse obwalten: Die Differenz zwischen den Aktienhäusern und Stadt beträgt 1905 nicht ganz 5, 1910 dagegen fast genau 8 prom. zugunsten der ersteren. Maßgebend ist dabei ausschließlich die Kindersterblichkeit. In der Stadt entfallen 1905 auf 84444 im Kindesalter stehende Personen 2187 Todesfälle, davon 1577 auf 7723 Kinder unter 1 Jahr. Das ergibt bei einer Sterblichkeitsziffer von 20,42 für das Säuglingsalter 4,71 prom. der Gesamt-

[1]) Entnommen aus dem Jubiläumsbericht der Aktienbauges. S. o. S. 24.

Tabelle 3.

Sterblichkeit der Kinder in der Stadt und in den Aktienhäusern 1905 und 1910.

	Gesamte Bevölkerung der Stadt bzw. der Aktienhäuser	Kinder unter 14 Jahren	Kinder unter 1 Jahr	Gesamtzahl der Todesfälle in der Stadt	Jahrespromille der Todesfälle	Todesfälle unter 14 Jahren (exkl. Totgeborenen)	Jahrespromille auf die Gesamtbevölkerung	Jahrespromille auf die Kinder unter 14 Jahren berechnet
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1905								
Stadt	334 978	84 444 [1])	7723	5286	16,02	2187	1,57	25,89
Aktienhäuser	4 924	2 318		56	11,37	29	0,59	12,51
1919								
Stadt	408 000 [2])	106 355 [1])	8487	5330	13,06	1834	0.54	17,24
Aktienhäuser	5 725	2 567		29	5,07	11 [3])	0,19	4,38

	Todesfälle der Kinder von 1—14 Jahren	Jahrespromille auf die Gesamtbevölkerung	Jahrespromille auf die Kinder v 1—14 Jahren berechnet	Todesfälle der Kinder von 6—15 Jahren	Jahrespromille auf die Gesamtbevölkerung	Jahrespromille auf 1000 Kinder von 1—14 Jahren berechnet	Todesfälle im Säuglingsalter unter 1 Jahr	Jahrespromille auf die Gesamtbevölkerung berechnet	Jahrespromille auf Kinder unter 1 Jahr
	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1905									
Stadt	610	1,82	7,22	97	0,29	1,15	1577	4,71	20,42
Aktienhäuser	9	1,83	3,88	1	0,20	0,43	20	4,06	
1910									
Stadt	707	0,73	6,65	132	0,32	1,24	1127	2.54	13,39
Aktienhäuser	7	1,22 [3])	2,72	2	0,35	0,78	4	0,69	

[1]) Nach Schätzung des städtischen statistischen Amtes. Die Volkszählung hat nur die Zahlen der Personen von 0—15 Jahren (89 616 für 1905, 113 013 für 1910) aufgenommen, während die Statistik der Aktienbaugesellschaft zwischen Kindern unter und über 14 Jahren unterscheidet. Um den Vergleich zu ermöglichen, erschien es richtiger, die größere Zahl auf Grund einer Schätzung dem Schema der Aktienbaugesellschaft anzupassen; eine Verschiebung, die höchstens einen Fehler zu Ungunsten der Aktienbaugesellschaft bedeuten konnte.

[2]) Fortgeschriebene Mittelziffer des Jahres. Die genaue Zählungsziffer war in dem hier als Unterlage dienenden Jahresbericht des ärztlichen Vereins nicht enthalten.

[3]) Von den 11 Todesfällen im Kindesalter entfallen hier ausnahmsweise die relative Mehrzahl (5) auf das 1.—5. Lebensjahr; nur 4 auf das Säuglingsalter, 2 auf das 6.—15. Jahr.

bevölkerung. In den Aktienhäusern entfallen in demselben Jahr auf 2318 Kinder bei insgesamt 56 Todesfällen — davon im Jahr 1905 geboren (ausschließl. Totgeborenen) 130 — 29 Todesfälle, davon 20 im ersten Lebensjahr. Das ergibt also mit 4,06 prom. der insgesamt 4924 Bewohner, also annähernd die gleiche Ziffer wie in der städtischen Bevölkerung, soweit es sich um das Säuglingsalter allein handelt. Die Differenz der Gesamtsterblichkeit — 16,02 gegen 11,28 — liegt also bei den anderen Altersgruppen. Noch deutlicher als 1905 zeigt sich der bestimmende Einfluß der Säuglingssterblichkeit 1910. Sie ist sogar in diesem Jahr wesentlich geringer als 1905: bei 106355 Kindern überhaupt 8478 unter einem Jahr mit 1127 = 13,29 Proz. (Aktienhäuser bei 101 Geburten 4 Todesfälle = 4 Proz.). Trotzdem übersteigt die Sterblichkeitsziffer der Stadt mit 13,06 die der Aktienhäuser mit 5,07 um mehr als das Doppelte. Um so wichtiger ist es, wie Tabelle 4 zeigt, aus einer längeren Beobachtung zu sehen, daß die Sterbeziffer des ersten Lebensjahres mit 14,02 in der Stadt, 14,65 in den Aktienhäusern nicht wesentlich differiert, mithin also auch den Unterschied der durchschnittlichen Sterbeziffer nicht veranlassen kann.

Tabelle 4.

Geburtenziffer und Todesfälle der Kinder aus dem ersten Lebensjahr in der Stadt und in den Aktienhäusern 1901—1912.

Jahrgang	Stadt			Aktienhäuser		
	Zahl der		in Proz. der Geburten	Zahl der		in Proz. der Geburten
	Geburten	Todesfälle im ersten Lebensjahr		Geburten	Todesfälle im ersten Lebensjahr	
1901	8497	1326		61	28	
1902	8552	1225		117	21	
1903	8563	1453		106	21	
1904	9146	1459		128	21	
1905	9134	1577		130	20	
1906	9755	1415		140	29	
1907	9525	1278		107	18	
1908	9570	1327		108	13	
1909	9247	1144		89	7	
1910	9594	1127		101	4	
1911	9209	1145		82	12	
1912	8984	917		86	10	
Summe:	109776	15399	14,02	1255	184	14,65

Indem diese Ergebnisse der Tabelle 3 und 4 die große Bedeutung der Kindersterblichkeit für die Sterblichkeitsziffer klarlegen, sind sie aber keineswegs geeignet, die in der Berliner Besprechung von mehreren Seiten ausgesprochene Annahme, die günstigen Sterblichkeitsverhältnisse der Aktienhäuser seien auf die Verteilung der Altersklassen. bzw. das relative Vorwiegen der die geringste Sterblichkeit zeigenden Altersklassen zurückzuführen, zu stützen. Im Gegenteil scheinen sogar die rechnerischen Feststellungen bei den einzelnen Altersgruppen der Kolumnen 12, 15 und 17 der Tabelle 3 dafür zu sprechen, daß an den günstigen Verhältnissen der Aktienhäuser alle Altersgruppen gleichmäßig beteiligt seien. Die ein Plus zu Ungunsten der Aktienhäuser aufweisenden Ziffern der Kolumnen 11 und 14 können nicht in Betracht kommen. Es handelt sich dabei um Zufälligkeiten infolge kleiner Grundlageziffern: zwei Diphtherietodesfälle, wenn ich nicht irre, des 2. Lebensjahres auf im ganzen 7 bewirken diese, der Kleinheit der Ziffern wegen für die Verwertung hinfällige Verschiebung. Daß, sobald größere Gruppen zugrunde gelegt werden, das Ergebnis durchweg im Sinne der früheren Ausführungen zugunsten der Aktienhäuser ausfällt, zeigt sinnfällig Tabelle 5.

Tabelle 5.

	Gesamtbevölkerung	Gesamtsterblichkeit		Kinderzahl	Kindersterblichkeit		Erwachsene	Erwachsenensterblichkeit	
		Zahl	Jahresprom.		Zahl	Jahresprom.		Zahl	Jahresprom.
1905									
Stadt	334 978	5286	15,78	84 444	2187	2,59	250 534	3099	12,37
Aktienhäuser	4 924	56	11,37	2 318	29	1,25	2 606	27	10,96
1910									
Stadt	408 000	5330	13,06	106 365	1834	1,72	302 645	3496	11,55
Aktienhäuser	5 725	29	5,07	2 567	11	0,43	3 158	18	5,96

Durch die Verschiedenheit der Kindersterblichkeit erscheinen beide Jahrgänge gewissermaßen als Typen; es erweisen sich aber sowohl in der Gruppe der Jugendlichen wie in der der höheren Lebensalter die Sterblichkeitsziffern in den Häusern der Gesellschaft als ganz wesentlich niedriger als in der Stadt.

Zu vollständiger Entkräftung des Einwandes, daß die Altersgruppierung als wesentlicher Grund für diese Tatsache anzusehen sei, führt schließlich eine Berechnung, der wieder das Jahr 1910 zugrunde gelegt ist. Bei einer mittleren Einwohnerzahl von

408000 Köpfen zählte die Stadt damals 106355 Kinder unter 14 Jahren, davon also etwa 27 Proz. jugendliche gegenüber 2567 = ca. 45 Proz. in den Aktienhäusern. Danach sollte man allerdings erwarten, daß bei einer der der Bewohnerschaft der Aktienhäuser entsprechenden Altersgruppierung der Gesamtbevölkerung die Sterblichkeitsziffer der letzteren eine wesentlich niedrigere, jener der Aktienhäuser annähernd gleich werden müßte. Dazu genügt nun allerdings nicht die Scheidung der beiden Gruppen der Personen unter und über 14 Jahre. Es muß von vornherein das erste Lebensjahr mit seiner großen Sterblichkeit für sich betrachtet werden. Dann aber erhebt sich die Frage, welcher Bruchteil bei dieser hypothetischen Gruppierung der jugendlichen Bevölkerung zuzurechnen sei. Angenommen, daß auf die 45 Proz. Jugendlichen, die eine solche Gruppierung der 408000 Einwohner Frankfurts im Jahre 1910 auf etwa 183600 berechnen läßt, der gleiche Prozentsatz von Kindern unter einem Jahr entfiele wie bei den tatsächlich in jenem Jahr vorhandenen 26 Proz. bzw. 106355 Jugendlichen von 0—14 Jahren, so gäbe das 14651 Kinder unter einem Jahr. Und wenn man bei diesen die Sterblichkeitsziffer (13,39) des ersten Lebensjahres jenes Jahrganges berechnete, so entfielen auf sie 1994 Todesfälle, gegen tatsächliche 1127. Für die verbleibenden 168949 aber kämen wir mit dem niedrigeren Sterblichkeitsindex dieser Gruppe (7,22) 1219 und für die höheren Altersstufen bei einer Sterbeziffer von 11,48 noch 2576 Todesfälle, insgesamt also 5789 gegen tatsächliche 5300. Danach würde bei einer so umgerechneten Altersgruppierung nicht eine Verminderung, sondern sogar eine Erhöhung der Gesamtsterblichkeit resultieren.

Hier bliebe nur noch der Einwand, daß ja auch die geringere Geburtenziffer der Aktienhäuser zu berücksichtigen sei, wenn man die für die Berechnung vorgenommene Umgruppierung durchführen wolle. Ich habe das in der Weise versucht, daß ich die tatsächliche Geburtenziffer und Säuglings-Sterblichkeitsziffer des Jahres 1910 beibehalten habe und das gesamte Mehr Jugendlicher bei der Aufrechnung auf 45 Proz. den folgenden Jahren zugerechnet habe. Aber auch dann bleibt das Verhältnis, trotz des sehr zu ungunsten der Aktienhäuser wirkenden Fehlers, fast das gleiche: Wir kommen — s. Tabelle 6 — auf 4937 Todesfälle gegen 5300, und eine Sterblichkeitsziffer von 12,10 gegen 13,06, also immer noch mehr als das Doppelte der Aktienhäuser (5,07).

Tabelle 6.

Sterblichkeitsziffer der Gesamtbevölkerung Frankfurts im Jahr 1910 nach Altersgruppen und hypothetische Sterblichkeitsziffern bei Umgruppierung auf das Zahlenverhältnis derselben Altersgruppen in den Aktienhäusern.

Altersgruppe	Personenzahl	Todesfälle	Sterbeziffer	Berechnete Personenzahl	Todesfälle	Sterbeziffer	Berechnete Personenzahl	Todesfälle	Sterbeziffer
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Unter 1 Jahre	8 487	1 127	13,39	8 437	1 127	13,39	14 651	1 994	13,61
1—14 Jahre	97 868	707	7,22	175 113	1 264	7,22	168 949	1 219	7,21
Über 14 Jahre	301 645	3 466	11,48	224 400	2 546	11,34	224 430	2 576	11,48
Summe	408 000	5 300	13,06	408 000	4 937	12,10	408 000	5 789	14,19

Die vorstehende Tabelle 6 bedarf der Erklärung. In deren zweiter Kolumne sind die Zahlen der Bewohnerschaft nach den Mitteilungen des städtischen statistischen Amtes, in der dritten und vierten die Zahl der Todesfälle und die Sterblichkeitsziffern der einzelnen Altersgruppen wiedergegeben. Kolumne 5 gibt die berechneten Zahlen für die gleiche Bevölkerungsziffer von 408000 Personen bei Annahme von 45 Proz. jugendlicher Individuen, Kolumne 6 die dazu unter Zugrundelegung der Sterblichkeitsziffern der einzelnen Altersgruppen in Kolumne 4 berechnete Zahl der Todesfälle wieder, unter der Voraussetzung, daß das Säuglingsalter keiner Änderung unterliegt. Kolumne 7 die sich daraus ergebende Sterbeziffer. Kolumne 8—10 endlich bringen die entsprechenden Ziffern nach einer das normale relative Verhältnis der Säuglinge zu den späteren Altersstufen herstellenden Berechnung.

(Tabelle 7 siehe nächste Seite.)

Zu allem Überfluß habe ich schließlich noch versucht, das Verhältnis der Sterbefälle der Jugendlichen in der Periode der geringsten Sterblichkeit vom 5.—15. Lebensjahr in der Stadt und in Aktienhäusern zu ermitteln. Ein einzelnes Jahr zugrunde zu legen, war dabei nicht möglich; in demselben Jahr, beispielsweise 1909 entfallen in der Stadt 189, fast die Höchstzahl in 12 Vergleichsjahren, auf 5075 Todesfälle in der Gesamtbevölkerung, während die Aktienhäuser unter ihren 34 überhaupt keinen einzigen aus der Jugendlichengruppe aufweisen. Die Zusammenfassung einer Reihe von 12 aufeinanderfolgenden Jahren — 1901—1912 [1]) — in Tabelle 7 zeigt ein, bei der Kleinheit der Zahl vielleicht zufälliges kleines

[1]) Die Kriegsjahre mußten hier zweckmäßig außer Berechnung bleiben. Aus den früheren Jahren fehlen teilweise die Vergleichsziffern.

Tabelle 7.
Vergleichende Übersicht der Sterbefälle des 5.—15. Lebensjahres in der Stadt und den Aktienhäusern. 1901—1912.

Jahrgang	Stadt			Prozentzahl der Sterbefälle	Aktienhäuser			Prozentzahl der Sterbefälle
	Einwohnerzahl	Sterbefälle	darunter 5—15 Jahre		Einwohnerzahl	Sterbefälle	darunter 5—15 Jahre	
1901	294 000	4 588	115		3042	25	2	
1902	300 000	4 434	125		4255	44	1	
1903	308 000	5 188	162		4303	53	1	
1904	316 000	5 025	130		4654	45	1	
1905	330 000	5 286	122		4924	56	1	
1906	340 000	5 009	111		5008	55	0	
1907	352 000	5 086	130		5365	45	5	
1908	358 000	5 325	153		5351	47	6	
1909	366 700	5 075	189		5677	34	0	
1910	408 000	5 330	190		5725	29	2	
1911	418 000	5 275	162		6096	51	0	
1912	429 100	5 138	183		6459	53	0	
Summe d. Sterbefälle	Sterbe- Stadt	60 769	1772	2,91	Aktienhäuser	514	19	3,69

prozentuales Mehr der Sterbefälle dieser Altersgruppe in den Aktienhäusern. Trotzdem berechnen sich die Sterbefälle der Altersgruppe von 5—15 Jahren in der Stadt auf nicht ganz 0,4, in den Aktienhäusern auf etwas über 0,3 auf Tausend, letzteres bei einer größeren Beteiligung der Jugendlichen an der Bevölkerungsziffer in den Aktienhäusern. Daß damit die Differenz der Sterblichkeitsziffern für die Stadt und die Aktienhäuser nicht erklärt werden kann, geht aus der diese Differenz ausschaltenden Tabelle 6 hervor.

So bliebe nur noch zu prüfen, ob etwa die geringere Beteiligung der Aktienhäuser an den ebenso wie das Säuglingsalter eine höhere Mortalitätsziffer aufweisenden späteren Altersstufen eine wesentliche Rolle spiele. Hier fehlt uns leider das nötige Zahlenmaterial außer in dem Jahr der Volkszählung, dessen Ziffern mir wieder durch das Entgegenkommen des statistischen Amtes zur Verfügung gestellt worden sind. Auf 35 765 Einwohner der Stadt im Alter von mehr als 55 Jahren sind 1 888 Todesfälle = 35 Proz. aller Todesfälle (5330) und 4,62 prom. der Gesamtbevölkerung 52,8 von der Altersgruppe entfallen. Für die Aktienhäuser sind die entsprechenden Ziffern 14 Proz. der Todesfälle (4 auf 29) = 0,7 prom. der Gesamtbevölkerung

der Aktienhäuser.[1]) Leider fehlt hier aber die nicht mehr nachträglich festzustellende Anzahl der in die Altersgruppen über 55 Jahre zählenden Einwohner. Unzweifelhaft ist ja deren Zahl relativ kleiner als in der gesamten städtischen Einwohnerschaft. Es wird ja seitens der Aktiengesellschaft bei der Besiedelung neu in Betrieb zu nehmender Wohnungsblocks darauf geachtet, kinderreiche, also noch im kräftigen Alter stehende Familien zu bevorzugen. Rechnerisch läßt sich leider mit der kleinen Zahl der Todesfälle bei den über 55 Jahre alten Bewohnern der Aktienhäuser wenig anfangen. Gegenüber 1888 Todesfällen bei der städtischen Bevölkerung von 35 765 Köpfen = ca. 5 Proz. aus diesem Lebensalter würden 4 Todesfälle in den Aktienhäusern 75 Personen der gleichen Altersgruppen voraussetzen. Das wären rund 1,3 Proz. der Bewohner (5 725 Köpfe). Wäre aber das Verhältnis der höheren Altersstufen in den Aktienhäusern das gleiche wie in der Stadt, d. h. etwa 5 Proz. der Gesamtbevölkerung, so ergäbe das, die gleiche Sterblichkeitsziffer vorausgesetzt, für diese Altersgruppe 20 Todesfälle, d. h. 16 mehr als die 4 tatsächlich auf diese Altersgruppe entfallenen. Statt 29 hätten wir dann 45 insgesamt einzusetzen, gewiß eine denkbar ungünstige Grundlage für die Berechnung der Jahressterbeziffer der Aktienhäuser. Wie fiele diese aber aus? 7,86 prom. (statt 5,07) gegen 13,06 oder, bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Kindersterblichkeit (s. Tabelle 6) 12,06 also immer noch nur fast halb so viel als in der Gesamteinwohnerschaft der Stadt.

Ich verkenne nicht, daß sich gegen die absolute Beweiskraft der hier vorgetragenen Berechnungen auch Einwendungen beibringen lassen werden. Es handelt sich ja dabei nicht nur darum, daß die zugrunde liegenden Zahlen der Aktienhäuser teilweise zu klein sind. Dieser Mangel wird bei den Berechnungen nur zu ungunsten der Aktienhäuser wirken. Man wird aber einwenden können, daß es nicht berechtigt sei, ein einziges Jahr zugrunde zu legen. Aber es standen nun einmal nur für dieses eine Jahr die wichtigsten Zahlen aus der Volkszählung zur Verfügung. Es ist aber, soweit das möglich ist, festzustellen, daß glücklicherweise dessen Ziffern sowohl für die Stadt als für die Aktienhäuser nirgends soweit vom Jahresmittel einer längeren Periode sich entfernen, daß man von einem abnormen oder atypischen Vergleichsjahr sprechen

[1]) Im Durchschnitt 1901—1913 bei 70 von insgesamt 546 Todesfällen nur 12,8; 1901—1919 bei 136 auf 904 Todesfälle 15,0 Proz

könnte. Daß die Spannung zwischen den Sterbeziffern der Stadt und der Aktienhäuser eine sehr große ist, spricht sogar ganz besonders zugunsten gerade dieses Vergleichsjahres. Denn diese große Spannung ist der Ausdruck des Dauerzustandes, nachdem durch einige Jahre keine größere Verschiebung des Bevölkerungsbestandes in den Aktienhäusern durch Eröffnung neuer Baublocks stattgefunden hat. Bezeichnend ist nach dieser Richtung, daß das Jahr 1920 trotz der wahrlich die Gesundheit nicht fördernden Nachkriegsperiode in den Aktienhäusern wieder die gleiche niedrige Sterbeziffer bringt. Jedenfalls dürfte aus den statistischen Feststellungen und Berechnungen erwiesen sein, daß die zugunsten der hygienischen Verhältnisse in den Aktienhäusern sprechende niedrige Sterbeziffer nicht ausschließlich oder wesentlich auf durch die Altersgruppierung ihrer Bewohner zu erklärenden Verschiedenheiten von der Gesamtbevölkerung der Stadt beruht. Es deckt sich diese Feststellung mit den Ausführungen eines der Redner in der im Eingang erwähnten Diskussion in der Berliner Gesellschaft für soziale Medizin, Dr. med. Kaup, wenn er mitteilt daß damals in den Wohnungen des Berliner Bau- und Sparvereins bei einer fast mit der der Stadt Berlin übereinstimmenden Altersgruppierung ähnlich günstige Mortalitätsziffern vorliegen. Die Forderung eines anderen Diskussionsredners, Dr. Guradze, daß nicht die Gesamtheit der Bewohner der Aktienhäuser mit der gesamten Stadtbevölkerung, sondern die Bewohnerschaft der einzelnen Blocks mit der des den Block einschließenden Stadtteils zu vergleichen sei, ist kaum in dieser Form zu erfüllen. Dabei käme man auf so kleine Ziffern, daß deren Ergebnisse viel zu sehr von Zufälligkeiten abhängen würden. Immerhin vermag vielleicht die Tabelle 8 durch indirekte Betrachtung den Nachweis zu bringen, daß es berechtigt ist, wenn wir die statistischen Ergebnisse aus dem Material, das hier vorliegt, als Ausdruck besonderer hygienischer Verhältnisse bei einem Ausschnitt der Frankfurter städtischen Bevölkerung ansehen. In dieser Tabelle ist die Sterblichkeit von 6 Baublocks der Aktienbaugesellschaft während 8 Jahren zusammengestellt. Die nach 1910 hinzugekommenen Baublocks mit in die Vergleichung hineinzunehmen schien mir unzweckmäßig, weil dann die Kriegsjahre hätten herangezogen werden müssen. Die rückwärts liegenden Jahrgänge waren deshalb nicht zum Vergleich zu verwerten, weil der für die Bedenken Guradzes wichtigste Block, eine mitten in der Altstadt errichtete Häusergruppe an der Stoltzestraße erst 1903 in Betrieb genommen wurde. Die Tabelle umfaßt nun aber ein nach den ver-

Tabelle 8.

Übersicht über die Sterbefälle in 6 Baublocks aus verschiedenen Stadtteilen in den Jahren 1903—1910.

Jahrgang	Burgstraße Bewohnerzahl	Burgstraße Sterbefälle	Burgstraße Sterbeziffer	Yorkstraße Bewohnerzahl	Yorkstraße Sterbefälle	Yorkstraße Sterbeziffer	Galluswarte Bewohnerzahl	Galluswarte Sterbefälle	Galluswarte Sterbeziffer
1903	932	12		357	3		537	4	
1904	923	14		359	3		537	4	
1905	839	15		354	3		533	6	
1906	845	10		341	2		537	2	
1907	838	9		347	0		511	6	
1908	844	9		367	3		503	2	
1909	842	5		342	1		510	2	
1910	843	3		332	2		511	3	
Durchschnitt von 8 Jahren	851	9,6	**11,3**	350	2,1	**6,00**	525	3,5	**6,66**

Jahrgang	Nordendblock Bewohnerzahl	Nordendblock Sterbefälle	Nordendblock Sterbeziffer	Erbbaublock Bewohnerzahl	Erbbaublock Sterbefälle	Erbbaublock Sterbeziffer	Stoltzestraße Bewohnerzahl	Stoltzestraße Sterbefälle	Stoltzestraße Sterbeziffer	Sterbeziffer der Aktienhäusr	Sterbeziffern der Stadt
1903	1500	19		785	12		184	0		11,84	16,84
1904	1506	11		1133	11		183	1		9,63	15,90
1905	1760	22		1215	9		184	1		11,37	15,78
1906	1811	20		1280	19		184	2		10,88	14,72
1907	2215	14		1259	15		195	1		8,39	14,45
1908	2214	14		1250	18		173	1		8,78	14,87
1909	2180	14		1631	12		172	0		6,06	13,84
1910	2199	12		1649	7		168	2		5,07	13,06
Durchschnitt von 8 Jahren	1798	15,7	**8,85**	1275	12,9	**10,13**	180	1	**5,55**	**9,01**	14,93

schiedensten Richtungen orientiertes Material. Sie enthält an erster Stelle die Zahlen des ersten, gewissermaßen als tastender Versuch entstandenen, in einer eng besiedelten meist proletarisch bewohnten Vorstadtgegend (Burgstraße) gelegenen Häuserblocks. Die Wohnungen sind die billigsten aber auch nach mancher Richtung gegenüber den späteren rückständigsten. Die Sterblichkeitsziffer würde, wenn man die einzelnen Jahrgänge sondern wollte, sogar einmal — 1905 mit 15 Todesfällen bei 839 Einwohnern mit 17,98 die höchste in der Stadt überhaupt in der Zeit des Bestehens der Aktiengesellschaft beobachtete (1898 — 18,39) nahezu erreichen. Aus dem Durchschnitt der 8 Beobachtungsjahre berechnet sich

dagegen eine Sterbeziffer von 11,28 gegen 14,83 für denselben Zeitabschnitt in der Stadt. — Im Gegensatz dazu sollte, wenn die Lage innerhalb des Stadtgebiets ausschlaggebend wäre, der in der durchschnittlichen Sterbeziffer (10,13) nächst dem Burgstraßenblock am höchsten kommende Erbbaublock eine weit günstigere Ziffer erwarten lassen. Noch heute ist seine, baulich ganz hervorragend gut gestaltete Häusergruppe ganz frei außerhalb der Stadt gelegen. Erst die beiden letzten Vergleichsjahre drücken die Durchschnittssterblichkeitsziffer der 8 Vergleichsjahre soweit herab, daß sie mit 10,13 sich dem Durchschnitt der Aktienhäuser (9,01) nähert und hinter der der Stadt (14,93) merklich zurücksteht. Doch darf dabei nicht übersehen werden, daß gerade in diesem Block in den 8 Jahren dreimal die erste Besiedelung neu errichteter Wohnungen erfolgt ist, ein Umstand der jedesmal mit einem Anstieg der Sterblichkeit einhergeht. Wichtiger aber ist auch hier, daß es sich um eine den ärmsten Schichten angehörige Besiedelung handelt, bei der besonders kinderreiche Familien berücksichtigt wurden. Die Geburtenhäufigkeit einerseits, die Kindersterblichkeit andererseits haben hier eine große Rolle gespielt. Es ist bezeichnend, daß die Bewohner dieses Blocks selbst sich dessen bewußt geworden sind und — wie ich gegenüber einer in der mehrfach erwähnten Diskussion gefallenen Bemerkung ausdrücklich betonen muß, ohne Wissen der leitenden Personen der Aktiengesellschaften — an mich herangetreten sind, um sich Belehrung über konzeptionsbeschränkende Mittel zu erbitten. (Heute würde das wohl kaum mehr zu Beanstandungen führen.) — Am nächsten dem Durchschnitt der 8 Jahre (9,01) mit 8,85 gegen 14,93 in der Stadt steht der Nordendblock, der umfangreichste und volksreichste unter den damals bestehenden Häusergruppen der Gesellschaft. Er liegt, nach Norden frei, an der Peripherie der Stadt, hat eine vielleicht im ganzen etwas besser situierte Bewohnerschaft bei bereits weit besserer Bauart als der nicht weit entfernte Burgstraßenblock. Auch hier bewirken mehrmalige Neubesiedelungen vielleicht eine etwas erhöhte Sterbeziffer. Diese ist gleichmäßig nieder in den weiteren, in der Tabelle enthaltenen drei kleineren Häusergruppen mit in der Berichtszeit sich ziemlich gleichbleibender Bevölkerung. Zwei davon — Yorkstraße und Stoltzestraße — liegen in sehr bevölkerten Stadtgegenden, der eine — Yorkstraße — unmittelbar in der Nähe des Hauptbahnhofs, der andere — Stoltzestraße — in der Innenstadt selbst. Der anfangs rein peripher entstandene, seither von Häusern umwachsene Gallusblock ist beiden gegenüber baulich günstiger

angelegt, das kleine Mehr der Sterblichkeitsziffer ihnen gegenüber erklärt sich daraus, daß gerade bei der Besiedelung dieses Blocks kinderreiche Familien besonders bevorzugt waren.

Man mag fragen, ob es berechtigt ist, aus dem hier beigebrachten Material einer nur auf 8 Jahre sich erstreckenden Statistik weitere Schlüsse zu ziehen; doch dürfte schon die Tatsache, daß die mittlere Sterblichkeitsziffer (9,01) dieser Periode mit der der ganzen 25jährigen Untersuchungszeit (8,98) sich fast genau deckt, allzugroße Fehlerquellen ausgeschlossen erscheinen lassen. Dann können wir folgende Schlüsse ziehen, durch die wohl die Bedenken Guradzes sich erledigen: 1. Die Unterschiede in der Sterblichkeit der einzelnen Häuserblocks, so erheblich sie sind (Sterbeziffern zwischen 11,28 und 5,5) können weder von der Lage innerhalb des Stadtgebiets noch aus der Bauweise herrühren; es finden sich die extremen Ziffern nach oben und unten (11,03 gegen 5,55) gerade in den am dichtest bebauten Stadtteilen, die höchste allerdings in dem baulich am wenigst fortschrittlich ausgestalteten Baublock. 2. Die größte Sterblichkeit ergibt sich unabhängig von der Lage in den Häusergruppen, die aus der wirtschaftlich schwächsten Schicht besiedelt worden sind. Auch hier besteht jedoch ein Unterschied zu Ungunsten des baulich weniger guten Blocks Burgstraße gegenüber dem frei gelegenen Erbbaublock. 3. Die niederste Sterbeziffer ergibt sich für den allerdings kleinsten in der Innenstadt gelegenen Block bei dem durch die Möglichkeit reichlicher Nebenverdienste infolge dieser Lage wirtschaftlich besonders gute Bedingungen bestehen. Aber über diese allgemeinsten Sätze hinausgehende Schlüsse zu ziehen oder sich auf spezialisierte Vergleiche einzulassen, wäre verfehlt. Dazu ist das Material denn doch nicht ausreichend. Als Beispiel, wie sehr man durch Eingehen auf derartige Versuche irregehen würde, sei nur angeführt, daß für die als extreme Fälle in der Tabelle 8 erscheinenden Häusergruppen Burgstraße und Stoltzestraße sich das Verhältnis sofort ganz wesentlich verschieben, wenn noch die beiden folgenden Jahre mit herangezogen werden. Auch dann hat zwar die erstere Gruppe immer noch die höhere Sterblichkeitsziffer (Mittel aus 10 Jahren 9,43 prom. gegen 11,28 der Tabelle), während die der Stoltzestraße sich von 5,55 auf 7,99 erhebt, weil zufällig 1913 eine für diesen Block ganz abnorme Sterblichkeit, 4 Tote auf 161 Bewohner, — leider läßt sich der Grund nicht mehr ermitteln — aufweist. Es bedarf aber doch wohl nur dieses Beispiels, um die Unzulässigkeit einer auf so kleine Ziffern gegründeten Spezialisierung zu erkennen.

Tabelle 9.

Vergleichende Übersicht der Sterblichkeit in der Stadt und in den Aktienhäusern während der Kriegszeit.

Jahrgang	Einwohnerzahl der Stadt	Todesfälle der Zivilbevölkerung ohne Totgeborene	Beurkundete Todesfälle von Militärpersonen	Summe der Todesfälle (exkl. Totgeborenen)	Auf 1000 Einwohner insgesamt	Auf 1000 Einwohner nach Abzug der Gefallenen	Differenz beider Sterbeziffern der städtisch. Bevölkerung
1	2	3	4	5	6	7	8
1914	450 000 [1])	5 203	1 547	6 750	13,33	**11,56**	1,77
1915	411 942 [2])	5 208	2 743	7 951	19,30	**12,64**	6,66
1916	395 663 [3])	5 092	2 329	7 421	18,76 [7])	**12,87** [7])	5,89
1917	394 491 [4])	6 034	1 703	7 731	19,59 [8])	**15,29** [8])	4,30
1918	421 239 [5])	6 702	2 115	8 217	19,50	**15,91**	3,59
1919	448 600 [6])	6 319				14,09	

Jahrgang	Bewohner der Aktienhäuser	Todesfälle ausschl. der im Feld Gestorbenen ohne Totgeborene	Im Felde gefallene	Summe der Todesfälle (exkl. Totgeborenen)	Auf 1000 Bewohner insgesamt	Auf 1000 Bewohner nach Abzug der Gefallenen	Differenz beider Sterbeziffern in den Aktienhäusern
	9	10	11	12	13	14	15
1914	7 171	43	8	51	7,11	**5,99**	1,12
1915	7 140	41	33	74	10,36	**5,74**	4,62
1916	7 128	62	43	105	14,73	**8,69**	6,04
1917	7 067	64	26	90	13,73	**9,05**	4,68
1918	7 214	77	14	91	13,62	**10,69**	2,93
1919	7 195	61	2	69	8,75	8,57	6,18

[1]) Fortgeschriebene Einwohnerzahl bei Beginn des Krieges.

[2]) Zivilbevölkerung und Militärbevölkerung in Familienhaushalten nach einer Personenstandsaufnahme zur Grundlage für die Lebensmittelverteilung.

[3]) Volkszählung am 1. Dezember 1916. Die Zivilbevölkerung Dez. 376 974.

[4]) Volkszählung am 5. Dezember 1917 einschließlich 5927 vorübergehend Anwesenden. Die Zivilbevölkerung in derselben Zeit 363 148.

[5]) Schätzung des statistischen Amtes.

[6]) Schätzung des statistischen Amtes. Schätzung am 1. April 1919 nur 431 852.

[7]) Die Ziffern der 6. und 7. Reihe unter Zugrundelegen der Zivilbevölkerung allein würden lauten 19,68 bzw. 13,51. Differenz 6,17.

[8]) Für die Zivilbevölkerung allein berechnet 20,13 bzw. 16,59. Differenz 3,54.

Eine besondere Betrachtung verlangt das Verhalten der Sterbeziffer in der Kriegszeit 1914—1919. Will man diese Ziffer als

Maßstab der allgemeinen Gesundheitsverhältnisse der Untersuchung zugrunde legen, so darf man sie nicht ohne weiteres annehmen wie sie in den Berichten der Aktienbaugesellschaft auftritt. Denn hier sind die im Felde gefallenen Bewohner mitgezählt. Ihr Tod — es sind vermutlich ja auch die in Feld- oder anderweitigen Lazaretten an Seuchen erlegenen oder anderweitig verunglückten darunter — hat in keinem Fall etwas mit den gesundheitlichen Verhältnissen der Aktienbaugesellschaftshäuser zu tun. Selbst bei der höchsten Ziffer der im Felde Gefallenen (43 im Jahre 1916) — handelt es sich nicht um so viele Menschen, daß deren Anteil an der normalen Jahressterblichkeit der Stadt auch nur die dritte Dezimale der Sterblichkeitsziffer berühren würde. Allerdings würde diese Zahl von 43 Gefallenen allein einer Sterblichkeitsrate von 6,03 entsprechen, also für sich allein über die der beiden dem Krieg vorangegangenen Jahre hinausgehen. Aber auch nach deren Wegfall bleibt ein Mehr der Sterbeziffer gegenüber den letzten dem Krieg vorangegangenen Jahren. Um über den unmittelbaren Einfluß der Kriegsverhältnisse auf die Sterblichkeit klar zu sehen, wird es vor allem nötig sein, einerseits den Vergleich nicht auf diese letzten besonders günstigen Jahre zu beschränken, andererseits ihm an Stelle der Gesamtzahl der Todesfälle die durch deren Abzug reduzierte Ziffer zugrunde zu legen. Die Ziffer des fast zur Hälfte in die Kriegszeit fallenden Jahren 1914 wird dabei zweckmäßig außer Betracht bleiben. Für die 19 Jahre 1895—1913 einschließlich ergibt die Berechnung die mittlere Sterblichkeitsrate 9,89, bzw. nach Ausschluß der höchsten und der niedrigsten Ziffer aus den Jahren 1899 und 1913 9,02. Diese wird aber nur im Jahre 1918 von der reduzierten Sterblichkeitsziffer 10,69, auch da also nur mit 0,80 bzw. 1,67 übertroffen. Schon 1919 bleibt aber mit 8,75, bzw. nach Abzug von 2 Gefallenen von der Zahl der Todesfälle mit 8,57 Sterblichkeitsrate unter dem Mittel der Vorkriegszeit.

Nun wäre es selbstverständlich nicht berechtigt, das immerhin unverkennbare Ansteigen der Sterblichkeitsziffer in der Kriegszeit allzuleicht zu nehmen. Jedenfalls erscheint es als wichtig, die Sterblichkeitsverhältnisse der Bewohner der Aktienhäuser in der Kriegszeit einer besonderen Prüfung zu unterziehen, um dann aus dem Vergleich mit der Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung der Stadt eine etwaige Beeinflussung durch die Besonderheit der Gesundheitsbedingungen in diesem Teil der Einwohnerschaft zu ermitteln. Wir wissen zunächst, daß die Sterblichkeit in den Aktienhäusern einer recht auffälligen Schwankung dann unterliegt,

wenn neue Bewohner durch die Eröffnung neuer Wohnungsgruppen oder Wohnungsblocks hinzukommen. Da auch in der Kriegszeit neue Bauten fertiggestellt werden konnten, ist auch die Sterblichkeit in dieser Zeit vom Zuzug neuer Einwohner beeinflußt worden. Zunächst steigt die Bewohnerzahl 1914, im ersten Kriegsjahr von 6913 auf 7171, also um etwa 0,97 Proz., die Sterblichkeit — nach Abzug von 8 Gefallenen — von 32 auf 43 = 7,7 Proz., während in diesem Jahr die Kriegswirkung in 5 Monaten doch kaum ins Gewicht fallen kann. Und 1915 bleiben dann Bewohnerzahl und Sterblichkeit nach Abzug der Gefallenen annähernd auf gleicher Höhe. Erst 1916 zeigt sich ein wesentliches Ansteigen der Mortalität, die jedoch mit 8,69 nach Abrechnung der Gefallenen immer noch unter dem Mittel der Vorkriegszeit (9,02) bleibt. Dann werden 1917 weitere 50 Wohnungen bezogen; tatsächlich erfolgt dann ein neuer Anstieg — 77 Todesfälle 1918 gegenüber 62 und 64 in den beiden Vorjahren. Aus den Berichten ist aber nicht zu entnehmen, daß hier die neuzugezogenen Familien hauptsächlich beteiligt sind. Das Ansteigen der Mortalität ist jedenfalls stärker als der relativ sehr geringen Vermehrung der Einwohnerzahl entspricht. Es haben also hier die Kriegseinflüsse doch vielleicht mitgewirkt. Und das gilt in umgekehrtem Sinne wohl auch, wenn schon die ersten Friedensjahre die Sterbeziffer erheblich unter das Mittel zurückführen, 1920 wie Tabelle 1 zeigt bei 40 Todesfällen unter 7166 Bewohner auf 5,59 prom. gegen 5,99 (nach Abzug der Gefallenen) 1914.

Sehr schwer ist allerdings zu entscheiden, worauf Anstieg und Abfall der Sterblichkeit zurückzuführen sind. Aus den Zahlen, wie sie in den Berichten vorliegen, läßt sich kaum etwas brauchbares entnehmen. Die hier in Frage kommenden Faktoren sind, soweit ich es zu übersehen vermag, Unterernährung, Vermehrung der Infektionstodesfälle, Vermehrung der Tuberkulose, Steigerung der Säuglingssterblichkeit und früheres Sterben alter Leute.

Die Unterernährung in der Kriegszeit und insbesondere in den späteren Kriegsjahren, als die verschärfte Blockade sowie die allmählich erfolgte Aufbrauchung der Vorräte aus der Vorkriegszeit sich geltend machen, sollte sich der Wahrscheinlichkeit nach in der Liste der Todesursachen nicht übersehen lassen. In der Statistik der Aktienbaugesellschaft ist aber davon nichts zu finden. „Unterernährung“ als solche ist mit einem einzigen Fall im Jahre 1919 genannt. Die schon vor dem Krieg analog figurierende Rubrik „Schwäche“ stellt sich in den Jahren 1912—1919 auf je

5 4 5 2 7 6 5, 0 (bzw. bei Einrechnung des erwähnten Falles von „Unterernährung“ 1) Fälle, also nur zweimal höher, zweimal sogar wesentlich niedriger als in den abnorm günstigen beiden Jahren vor dem Krieg. Bei der Kleinheit der Zahlen kann man daraus nichts schließen.

Eine gesteigerte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten als Folge der Unterernährung läßt sich, wenn wir vorläufig Tuberkulose und Grippe ausscheiden, in der Mortalität in den Jahren 1917—1919 durch eine kleine Zahl von Ruhrerkrankungen bemerken.

Tabelle 10.
Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose in den Aktienhäusern 1912—1919.

	Diphtherie	Keuchhusten	Ruhr	Typhus	Grippe	Tuberkulose
1912	2	—	—	—	—	2
1913	2	—	—	—	—	4
1914	2	—	—	—	—	10
1915	2	—	—	—	1	7
1916	2	—	—	—	—	11
1917	2	1	1	1	—	15
1918	2	—	6	—	21	11
1919	—	—	2	—	10	10

In dem meist beteiligten Jahr hat diese Krankheit 6 Todesfälle gefordert, bei im ganzen 91 bzw. nach Abzug der im Felde Gefallenen 77 Todesfällen, entsprechend einer Jahressterblichkeit von 0,83. Die Erhöhung der Sterblichkeit über das Jahresmittel in diesem einzigen unter den 5 Kriegsjahren kann dadurch allein nicht erklärt werden.

Weit mehr wird als Ursache der in den späteren Kriegsjahren einsetzenden Erhöhung der Mortalität, wie ohne weiteres aus der Tabelle 10 ersichtlich, die im Jahr 1917 aufgetretene Grippeepidemie erscheinen. Wir können an dieser Stelle davon absehen zu erörtern, ob die Zahl von 21 Todesfällen im Jahre 1918, 10 in 1919 der volle Ausdruck der mörderischen Wirkung der Seuche ist; es ist nicht ausgeschlossen, daß noch einzelne der in anderen Rubriken verzeichneten Todesfälle auf ihre Rechnung zu setzen sind. Auch nur die gegebene Ziffer genügt, um mit 2,91 prom. eine wesentliche Steigerung zu bedeuten. Ist es aber zulässig, darin eine Kriegsfolge zu sehen? Doch höchstens insoweit, als möglicherweise durch Unterernährung und seelische Leiden die Widerstandsfähigkeit der Kranken eine herabgesetzte

gewesen sein mag, so daß ein Teil der tödlich verlaufenen Fälle zu anderer Zeit vielleicht eine bessere Wendung genommen hätte. Man kann aber doch auch andererseits nicht übersehen, daß die Grippe auch bei früheren Invasionen in gleich schlimmer Weise gehaust hat. Die Ärzte, die die Epidemie der Jahre 1889—1890 erlebt haben, werden sich dessen wohl noch erinnern. Keinesfalls kann die Grippesterblichkeit wie das bei der Ruhr unzweifelhaft berechtigt ist, als unmittelbare Kriegsfolge angesehen werden.

Auch die aus den Berichten der Aktienbaugesellschaft stammenden Ziffern der Tuberkulosesterblichkeit in den Kriegsjahren gestatten keinen unmittelbaren Schluß auf einen Zusammenhang mit den Wirkungen der Kriegszeit. Auf den ersten Blick scheint es ja, als ob aus unserer Tabelle eine Steigerung mit der Dauer des Krieges zu entnehmen sei. Noch mehr! wenn man sich an die Erfahrungen der bereits erwähnten Grippeepidemie von 1889—1890 erinnert — kann man geneigt sein, die geringere Zahl der Tuberkulosefälle in den Jahren 1918 und 1919 gegenüber der vielleicht erwarteten Zunahme nach dem Höchststand 1917 daraus zu erklären, daß durch die Grippe gerade die noch nicht so weit vorgeschrittenen Tuberkulosen dezimiert worden sind. Es ist keineswegs unwahrscheinlich, daß in der Grippesterblichkeit der beiden letzten Jahre der Tabelle teilweise solche Fälle enthalten sind, die sonst unter der Kolumne Tuberkulose figurieren würden. Und doch ist auch bei genauerem Prüfen bezüglich der Tuberkulose innerhalb des begrenzten Bereichs der hier zusammengefaßten etwa 7000 Menschen aus den etwa 450 000 Einwohnern Frankfurts der Einfluß der Kriegszeit kleiner als es auf den ersten Blick scheint. Er wird erst in den kommenden Jahren seine vernichtende Kraft in ihrer ganzen Grausamkeit entfalten.

Das wirkliche Bild der Tuberkulosensterblichkeit erhalten wir selbstverständlich nicht aus den absoluten Zahlen, sondern aus der Berechnung auf das Tausend der Bevölkerung. Im Mittel aus 15 dem Krieg vorangegangenen Jahren — 1899—1913 — beträgt die Tuberkulosensterblichkeit in den Häusern der Aktiengesellschaft 1,077. Die 4 Kriegsjahre 1915—1918 ergeben demgegenüber Mittel ein von 1,542. Die Jahre 1914 und 1919 mit einbezogen würde sich das Kriegsmittel um eine Kleinigkeit erniedrigen (1,496), andererseits würde sich bei Hinzurechnung von 1914 zu den Vorkriegsjahren deren Mittel etwas höher — auf 1,096 errechnen. Die Differenz erscheint nicht unerheblich, verliert aber an Bedeutung, wenn man die Ziffern der einzelnen Jahre betrachtet, die sich aus der beifolgenden Tabelle ergeben:

Tabelle 11.

Tuberkulosesterblichkeit in den Aktienhäusern 1899—1919.

Jahrgang	Bewohner-zahl	Todesfälle der Tuberkulose	Sterblichkeits-ziffer der Tuberkulose
1899	1370	2	1,45
1900	2803	1	0,35
1901	3042	2	0,65
1902	4155	9	2,18
1903	4303	5	1,16
1904	4654	3	0,64
1905	4524	8	1,63
1906	5008	7	1,39
1907	5365	3	0,56
1908	5351	8	1,49
1909	5671	9	1,58
1910	5728	6	1,05
1911	6096	8	1,31
1912	6459	2	0,31
1913	6913	4	0,59
1914	7171	10	1,39
1915	7140	7	0,99
1916	7128	11	1,54
1917	7067	15	2,12
1918	7214	11	1,52
1919	7195	10	1,42

Bei der Beurteilung muß man selbstverständlich mit der Kleinheit der Zahlen rechnen. Für die Jahre 1895—1898 fehlen die Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit in den Berichten. Danach aber reicht das Jahr der größten Kriegssterblichkeit an Tuberkulose nicht über die des Friedensjahres 1902 hinaus. Auch die Zahlen für 1905 und 1909 stehen über dem Mittel der Kriegszeit. Immerhin wird es unmöglich sein, aus der Friedensperiode eine Gruppe von 4 aufeinanderfolgenden Jahren mit dem hohen Mittelwert der Kriegsjahre zu finden, so daß eine nicht unerhebliche Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit wohl als erwiesen gelten kann, um so mehr, als wegen des Hinzukommens der Grippe der Rückgang der Tuberkulose in den beiden letzten Jahren in Wirklichkeit doch nicht so groß ist, als es nach den Ziffern scheinen könnte.

Der etwaige Einfluß des Krieges auf die Sterblichkeit innerhalb der verschiedenen Altersklassen der Bevölkerung in den Aktienhäusern ist schwer zu untersuchen. An und für sich ist das Material zu klein, um dessen Zufälligkeiten vernachlässigen zu

können. Überdies aber ist die Anordnung des statistischen Materials in den Berichten gerade nach dieser Richtung nicht sehr günstig. Während die Sterblichkeitsliste die Ziffern von 5 zu 5 Jahren mitteilt, ist die Bewohnerzahl nur nach dem Kindes- und schulpflichtigen Alter — 1–14 Jahre — und den übrigen Einwohnern geschieden. Um, soweit das möglich ist, das Verhalten der Säuglingssterblichkeit in der Bevölkerungsbewegung der Aktienhäuser vor und während des Krieges zu überblicken, sei zunächst in der beifolgenden Tabelle 12 Geburtenzahl und Sterblichkeit der Kinder unter einem Jahr — beide unter Einbeziehung der Totgeburten zusammengestellt:

Tabelle 12.

Vergleichende Übersicht der Geburtenziffer und der Sterblichkeit im ersten Jahre und in der Kriegszeit (1910—1914 und 1915—1919).

Jahr	Einwohnerzahl	Geburtenzahl	Geburten auf 1000 Einw.	Sterbefälle	Sterblichkeit auf 1000 Einwohner	Totgeborene	Jahr	Einwohnerzahl	Geburtenzahl	Geburten auf 1000 Einw.	Sterbefälle	Sterblichkeit auf 1000 Einwohner	Totgeborene
1910	5725	102	17,81	8	1,39	4	1915	7140	86	12,04	8	1,12	1
1911	6096	87	14,43	17	2,80	5	1916	7128	63	8,84	10	1,40	2
1912	6456	90	13,93	13	2,01	4	1917	7067	54	0,65	8	1,12	2
1913	6913	98	14,17	7	1,01	1	1918	7214	48	6,65	4	0,55	2
1914	7171	89	12,39	5	0,69	1	1919	7195	87	12,09	6	0,83	3

Selbstverständlich mußte in diesem Fall das Jahr 1914 noch als Friedensjahr gelten. Auch 1915 konnte die durch die Abwesenheit und später den Tod im Felde so vieler Männer im zeugungsfähigen Alter zu erwartende Abnahme der Geburten noch nicht voll zur Wirkung kommen. 1919 hat aber bereits wieder die alte Geburtenziffer nahezu erreicht. Jedenfalls aber ist von einer vermehrten Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahr nichts zu merken. Zu irgendwelchen weiterführenden Folgerungen sind die Zahlen zu klein. Das gilt auch bezüglich des ganzen ersten Jahrfünfts. (Vgl. Tabelle 13.)

Eher läßt sich ein Einfluß der Kriegszeit auf die Sterblichkeit im schulpflichtigen Alter trotz der Kleinheit der Zahlen, die auch hier zur Vorsicht mahnt, wahrnehmen. In den fünf Jahren vor dem Krieg 1910—1914 sind im ganzen nur 7 Todesfälle zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr verzeichnet, davon allein 3 in dem auch hier den Friedensjahren zugerechneten Jahr 1914, gegenüber 27 in den Jahren 1915—1919. Allerdings sind unter diesen 27 nicht

weniger als 8 Grippefälle, die allein für das Jahr 1918 die Sterbeziffer bei 16 Todesfällen auf 2,218 prom. der Bewohner bringen. Aber selbst wenn man diese ausschaltet, bleibt die Sterbeziffer das $2^1/_2$ fache, ja wenn man das bereits wieder auf den Friedensstand zurückkommende Jahr 1919 abrechnet, die dreifache der 5 Vorkriegsjahre.

Tabelle 13.

Sterblichkeit der Jugendlichen in den Aktienhäusern vor und in der Kriegszeit.

Jahr	Einwohnerzahl	Sterbeziffer		Kinder von 1—5 Jahren		Kinder von 6—15 Jahren Sterbeziffer		
		insgesamt	abzügl. der Gefallenen	Todesfälle	Sterbeziffer	Todesfälle	insgesamt	nach Abzug der Grippe (8 Todesfälle)
1910	5725	5.07		5	0,873	2	0,349	
1911	6096	8,37		7	0,148	0	0,000	
1912	6459	5,11		6	0,923	0	0,000	
1913	6913	4,63		2	0.289	2	0.289	
1914	7171	7,11	5,99	3	0,418	3	0,418	
Mittel aus den Jahren 1910—1914		6,05	5,83	4,6	0,530	1,4	0,211	
1915	7140	10,36	5,74	3	0,420	0	0,000	
1916	7128	14,78	8,69	3	0.421	5	0,701	
1917	7067	12,73	9,05	4	0,566	5	0.707	
1918	7214	12,61	10,69	3	0,416	16 (8)	2,218	1,109
1919	7195	8,75	8,57	4	0,557	1	0,139	
Mittel aus den Jahren 1915—1919		11,83	8,55	3,4	0,477	5,4	0,753 (0,531)	0,629

Eine kleine Erhöhung der Mortalitätsziffer scheint bei den höheren Altersstufen vom 55. Lebensjahr aufwärts durch den Krieg entstanden zu sein. Auch da aber erst vom Jahr 1915 an, während 1915 ebenso wie bei dem schulpflichtigen Alter eher abnorm günstig gestellt ist. Der Durchschnittssterblichkeit von 12,49 auf Tausend der Gesamtbewohnerschaft der Aktienhäuser 1910—1914 steht eine solche von 15,41 gegenüber, ohne daß die Grippe — im ganzen 2 Fälle — hier einen Einfluß äußerte.

(Tabelle 14 siehe nächste Seite.)

Soweit eine Erhöhung der Mortalität in der Kriegszeit aus den mitgeteilten Zahlen und Tabellen hervorgeht, ist sie in erster Linie auf die unmittelbare Einwirkung der Kriegshandlungen zurückzuführen. Sie ist gesteigert durch das Hinzukommen der Grippeepidemie. Eine indirekte Wirkung scheint sich wesentlich

Tabelle 14.

Sterblichkeit der höheren Altersgruppen in den Aktienhäusern vor und in der Kriegszeit.

Jahr	Bewohner-zahl	Sterbeziffer insgesamt	Sterbeziffer abzüglich der Gefallenen	Todesfälle von 55 Jahren aufwärts	Sterbeziffer auf 1000 Einwohner
1910	5725	5,07		4	0,698
1911	6096	8,37		9	1,476
1912	6459	5,11		8	1,238
1913	6913	4,63		9	1,301
1914	7171	7,11	5,99	11	1,533
		Mittel:	5,55 bzw. 5,33		1,249
1915	7140	10,36	5,74	5	0,701
1916	7128	14,73	8,69	13	1,824
1917	7067	12,73	9,05	17	2,405
1918	7214	12,61	10,69	13	1,802
1919	7195	8,75	8,57	7	0,973
		Mittel:	11,84 bzw. 8,55		1,541

bei dem schulpflichtigen Alter und bei den höheren Altersstufen zu ergeben.

Aus den hier mitgeteilten Untersuchungen geht die einwandfreie Feststellung hervor, daß wir in der Einwohnerschaft der Aktienhäuser einen Ausschnitt der Frankfurter Bevölkerung abgesondert sehen, der eine sich in der geringeren Sterblichkeitsziffer ausdrückende wesentliche Besserstellung bezüglich seiner gesundheitlichen Verhältnisse gegenüber der Gesamtheit aufweist. Diese Besserstellung ist nicht auf die Altersgruppierung, auch nicht auf die örtliche Verteilung innerhalb des Stadtgebietes zurückzuführen; sie muß eine davon unabhängige dauernd wirkende Ursache haben wie einerseits ihr sich gleichbleibendes Anhalten innerhalb der dreißig Jahre des Bestehens und Wachsens der Aktiengesellschaft, andererseits ihre Konstanz auch innerhalb der gewaltigen Beeinflussung durch die Kriegszeit und deren Hungerperiode beweist. Keineswegs soll dabei außer acht gelassen werden, daß dabei die Zusammensetzung der Bewohner aus einer relativ großen Zahl der eine besonders geringe Sterblichkeitsziffer aufweisenden jugendlichen Individuen, einer relativ geringen Anzahl der eine höhere Sterblichkeitsrate bedingenden älteren Lebensstufen mitwirkt, die Spannung zwischen den Sterblichkeitsziffern der Stadt und der Aktienhäuser zu vergrößern; aber dieser Faktor reicht nicht aus, die Differenz zu erklären; denn auch innerhalb der einzelnen Altersgruppen bleibt, außer im Säuglingsalter eine Differenz zu-

gunsten der Aktienhäuser. Die Differenz steht nicht im Zusammenhang mit der örtlichen Anlage der Aktienhäuser: sie besteht, wenn auch in ungleicher Höhe in allen Häusergruppen, unabhängig davon, ob sie in den dichter bevölkerten Stadtteilen der östlichen Innenstadt oder des Bahnhofsviertels oder dem Arbeiterquartier jenseits der Galluswarte einerseits, in freigelegenen Außenbezirken entstanden sind. Es müssen andere bestimmende Ursachen walten, mögen sie nun in den sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen der Bewohner oder in der baulichen Anlage enthalten sein.

Was die soziale Zusammensetzung der Bewohnerschaft angeht, auf deren Bedeutung bereits von mir selbst und in der mehr erwähnten Diskussion verwiesen ist, so finden sich darüber ziemlich ausführliche Untersuchungen in den Berichten der Gesellschaft selbst sowie in der von Frau Henriette Fürth in deren Auftrag verfaßten Jubiläumsschrift. Als Grund für die Beurteilung wird dort untersucht, in welchem Verhältnis sich innerhalb der Bewohnerschaft die Zahl der beruflich ausgebildeten „gelernten" und der „ungelernten" Familien- bzw. Haushaltungsvorstände gegenüberstehen. Schon in dem über die Bewohnerschaft des ersten Vermietungsjahres handelnden zweiten Jahresbericht der Gesellschaft ist diese wichtige Frage berührt: eine Zusammenstellung der damals eingetretenen 88 Mieter zählt darunter 36 Tagelöhner, Putzfrauen und Ausläufer auf. Frau Fürth rechnet etwas mehr — etwa 50 Proz. als Ungelernte und dementsprechend meist bedürftige Einwohner. Aus späteren Zusammenstellungen werden gegenüber etwa 17 Proz. Ungelernter in anderen gemeinnützig hergestellten Wohnungen im Bestand der Aktienhäuser etwa 27,5 Proz. Ungelernter ausgerechnet. Die neueste, von Frau Fürth mitgeteilte Zusammenstellung aus dem Jahre 1914 zählt neben 530 = 35 Proz. gelernten Arbeitern unter damals 1515 Haushaltungsvorständen 823 „ungelernte oder ungelernten Arbeitern gleichzusetzende Haushaltungsvorstände" = 64 Proz. auf. Nach dem Verzeichnis möchte ich die letztere Zahl als zu hoch gegriffen ansehen und, nur etwa die gleiche Zahl wie die der gelernten, d. h. berufsmäßig ausgebildeten Arbeiter annehmen. Doch genügt auch das um sagen zu können, daß damals schon die Einwohnersschaft der Aktienhäuser sich in einem erheblichen Maß aus den wirtschaftlich schwächsten Schichten der Gesamtbevölkerung rekrutiert hat. Jedenfalls glaube ich nicht, daß man in der gesamten Stadtbevölkerung einen höheren Prozentsatz „ungelernter" Haushaltungsvorstände annehmen wird. Über die starke Beteiligung kinderreicher Familien habe ich bereits

in meiner früheren Arbeit ausführlich gesprochen. Sie bedeutet nach einer Richtung ein die Sterblichkeit herabminderndes Moment, insofern ja das Kindesalter, abgesehen vom ersten Lebensjahr, die geringste Sterblichkeit hat. Andererseits aber pflegt im allgemeinen die größere Dichtigkeit der Bewohnung hygienisch ungünstig angesehen zu werden. Allerdings stoßen wir nach dieser Richtung auf ein zu den günstigen Zuständen in den Aktienhäusern beitragendes aus der Bauweise herzuleitendes Moment, insofern der Flächeninhalt der Wohnungen durchweg größer ist als der entsprechender, von der Privatwirtschaft hergestellter Wohnungen. Bemerkenswert ist dazu die bereits hervorgehobene Tatsache, daß der baulich zunächst noch weniger gut als andere ausgebildete Burgstraßenblock die ungünstigste, wenn auch immer noch gegenüber der Stadt geringere Sterblichkeitsziffer hat.

Als wesentlichstes, die hygienisch günstige Lage der Bewohner der Aktienhäuser bedingendes Moment erscheint deren wirtschaftliche Besserstellung durch den billigen Mietpreis. Es bedarf keiner weiteren Ausführung, daß die Ersparnis an Wohnungsaufwand der besseren Ernährung zugute kommen wird, wo vernünftige Überlegung und nicht — was ja leider unter den Nachwehen des Krieges tief in das wirtschaftliche Leben aller Schichten eingreift — sinnlose Hingabe an augenblicklichen Genuß den Verbrauch beherrscht. Daß hier auch die, wohl zuerst in Deutschland von der Aktiengesellschaft auf Anregung ihres Urhebers, Stadtrat Dr. Karl Flesch eingerichteten und konsequent durchgeführten Wohnungsergänzungen durch Anlage von Vereinshäusern, Krippen, Kindergärten, Lesehallen, Verkaufsstellen des Konsumvereins, Kinderspielplätze inmitten des Häuserblocks, anschließende Eigengärtchen usw. mitwirken, soll nicht übersehen werden.

Noch bleibt zu prüfen, ob die Bauweise der Aktienhäuser als solche eine Rolle spielt. Ganz wird man das nicht ausschließen können. Es ist immerhin bemerkenswert, daß, wie schon mehrfach erwähnt, gerade derjenige Häuserblock, der gewissermaßen als Versuchsanlage erscheint, in der Reihenfolge der Sterbeziffer am ungünstigsten steht, vor allem auch ungünstiger als der Block, dessen Bewohner wirtschaftlich am ehesten in gleicher Lage sind, der Erbbaublock. Der Unterschied zwischen diesen beiden Blocks (s. Tab. 8) zu Ungunsten der Burgstraße ist möglicherweise darauf zurückzuführen. Beide sind so gelegen, daß in den angrenzenden Bezirken, die zumeist von minderbemittelten und zu den Arbeiterschichten zugehörigen Familien bewohnt sind, wenig Gelegenheit

zu Nebenverdiensten besteht, durch die eine der Ernährung zugute kommende wirtschaftliche Zubuße gewonnen werden kann.

In der mehrfach herangezogenen Berliner Diskussion ist noch großes Gewicht darauf gelegt worden, daß die Bevölkerung der Aktienhäuser eine Elite innerhalb der in Betracht kommenden Schichten darstelle, deren Verhältnisse nicht mit denen des Durchschnitts der Gesamtbevölkerung ohne weiteres verglichen werden könnten. Das ist insofern richtig, als in der Tat sich im Lauf der Zeit in allen von der Gesellschaft errichteten Häusergruppen eine gewisse Auslese vollzieht. Das ist aber nicht bei der ersten Besiedelung der Fall. Diese erfolgt allerdings auch durch eine Auslese, in der Art nämlich, daß vorweg kinderreiche Familien, die anderwärts schwer ein Unterkommen finden, bevorzugt werden. Automatisch findet auch dabei eine weitere Auslese insofern statt als die Mieter sich gewissen Bedingungen — monatliche Vorausbezahlung — unterwerfen müssen, auf die unlautere und unsoziale Elemente nicht einzugehen pflegen. Ferner wird für die Aufnahme maßgebend, daß eine gewisse berufsmäßige Auslese erfolgt, um tunlichst die Nähe einiger Handwerke (Schuhmacher, Schneider) für die Mieterschaft in deren Interesse zu sichern. Aber die eigentliche soziale Gestaltung vollzieht sich erst innerhalb der Bewohnung. Ganz unsoziale Elemente, Störenfriede und dgl. können dann durch Kündigung seitens des Mieterausschusses — nicht der Gesellschaft, die sich darin nie einmischt — ausgeschaltet werden. Die verbleibenden, froh, daß sie billiger und gesunder wohnen als es in privaten Mietkasernen möglich wäre, haben ein Interesse an der Erhaltung der Gemeinschaft. Lesesäle, Vorträge, gemeinsamer Bezug von Gebrauchsartikeln fördern die gegenseitige Anpassung. Diese Interessengemeinschaft bewirkt eine Hebung des sozialen Niveaus, durch die gewiß eine nach manchen Richtungen wertvolle Aufwärtsentwicklung der hier vereinigten Menschengruppen erfolgt. Das ist gewiß auch eine der günstigen Wirkungen der durch den gemeinnützigen Wohnungsbau erstrebten Verbesserung der Wohnungsverhältnisse. Sie geht mit dem hygienischen Fortschritt Hand in Hand, ohne daß man aber in ihr die erste Ursache sehen kann.

Spricht so alles dafür, daß die Schaffung solcher Wohnungseinrichtungen, wie sie die Aktienbaugesellschaft in Befolgung der von ihrem ersten Leiter und Mitbegründer Stadtrat F l e s c h aufgestellten Richtungslinien erreicht hat, geeignet ist, wesentlich zur Förderung der Volksgesundheit beizutragen, so bleibt noch zu prüfen, ob das auch unter den heutigen, durch die Nachwirkungen

des Krieges so sehr umgestalteten Verhältnissen in der seitherigen Weise zu erwarten ist. Die Bestrebungen der Bodenreformer und Siedelungsförderer scheinen mit der Schaffung solcher Tausende von Menschen in Hochbaublocks vereinigenden Kolonien in einem scharfen Gegensatz zu stehen. Die herrschende Strömung geht dementsprechend dahin, in weite Flächen mit Einzelhäusern besiedelnden Wohnungsgruppen das Ideal zu sehen. Es ist hier nicht der Ort, die volkswirtschaftliche Seite des Problems in dieser in erster Linie hygienischen Gesichtspunkten nachgehenden Untersuchung eingehend zu behandeln. Immerhin möge betont werden, daß wirtschaftlich betrachtet gerade unter den heutigen Verhältnissen sich mancherlei Bedenken dagegen erheben lassen, den Hochbau, wie er in der gemeinnützigen Bautätigkeit sich entwickelt hat, durch den Flachbau von Einfamilienhäusern zu ersetzen. Die Unterbringung der gleichen Kopfzahl erfordert unter allen Umständen im Kleinhäuserbau eine weit größere Bodenfläche, der Bau selbst, wenn er einigermaßen durch Unterkellerung, Kanalisation, Wasserleitung usw. den Anforderungen der Hygiene Rechnung tragen soll, ganz gewaltig höhere Kosten als der Hochbau, es sei denn, daß man das trübselige Bild weit ausgedehnter Arbeitersiedelungen in kümmerlichen von Ersparnisgründen geleiteten Reihenhäuschen, wie wir sie etwa in Nordfrankreich in den Vororten und umliegenden Gemeinden der großen Industriestädte Lille, Roubaix, Tourcoing gesehen haben, zum Muster nehmen wollte. Der Anblick einer mehrere tausend Köpfe einschließenden Kleinwohnungsstätte wie der Frankfurter Nordendblock ist ein weit erfreulicherer und menschenwürdigerer als der jener unübersehbaren Hüttenreihen. Die Ausbreitung der gleichen Menschenzahl über die beim Flachbau nötigen großen Flächen macht es fast unmöglich, noch Raum für Kinderspielplätze, Bleichplätze usw. auszusparen. Die Zuteilung einer kleinen Fläche zum Anbau von Gemüse oder Kleingärten im unmittelbaren Anschluß an die Wohnung läßt sich, wie das Vorgehen der Aktienbaugesellschaft praktisch erwiesen hat, sehr wohl mit der Erbauung großer Wohngemeinden verbinden. Dagegen wird die Anlage von Vereinshäusern, Krippen, Kindergärten usw. beim Flachbau nicht entfernt den Nutzen bieten wie bei dem Blockbau, weil diese Wohnungsergänzungen wegen des großen Abstandes der meisten Wohnungen nur den in unmittelbarer Nähe befindlichen Kleinhäuschen zugute kommen werden. Der Wert des Besitzes der eigenen Scholle soll hier nicht unterschätzt werden. Der durch ihn bedingten Hebung

des Selbstbewußtseins lassen sich aber auch die ethischen Werte gegenüberstellen, die aus dem im Zusammensein der Bewohnerschaft, der Förderung gegenseitiger Hilfe und der gemeinsamen Benutzung der ihr zugute kommenden, in Selbstverwaltung stehenden Anstalten hervorgehen.

Es kann wohl nicht bestritten werden, daß unter den heutigen Verhältnissen für unser Land alles davon abhängt, durch Ausnutzung der Bodenfläche zur Produktion der nötigen Nahrungsmittel vom Ausland möglichst unabhängig zu werden. Nach dieser Richtung darf aber der Nachteil des Flachbaues gegenüber dem Hochbau nicht verkannt werden. Dazu kommt der zur äußersten Sparsamkeit bei allen Anforderungen, also auch beim Wohnungsbau, zwingende Druck der Kriegsschulden und Reparationslasten. Eine Grenze nach beiden Richtungen darf einzig und allein das Bedürfnis der hygienischen Anordnungen bilden. Nach dieser Seite aber ist das Ergebnis der hier mitgeteilten Untersuchung zu bewerten. Zwar fehlt ihr die Gegenüberstellung eines in den Sterblichkeitsverhältnissen etwa gleichartigen, in Einzelwohnungen lebenden Bevölkerungsausschnitts. Das zu beschaffen dürfte aber schwer sein, schon deshalb, weil sich die Entstehung eines solchen innerhalb eines gleichartige Verhältnisse bietenden Ländergebietes von selbst verbietet. Der hohe Bodenwert in einem Industriegebiet mit dichter Bevölkerung würde eine solche Kolonie überhaupt nicht aufkommen lassen. Aber darauf kommt es hier nicht einmal an. Für die gegebenen Bedingungen genügt der Nachweis, daß ein ihnen unterstellter Bevölkerungsausschnitt in seinen gesundheitlichen Verhältnissen, soweit aus der Sterblichkeitsziffer überhaupt ein Rückschluß möglich ist, so erheblich besser gestellt ist als die sonstige Bewohnerschaft. Dann muß aber unser ganzes Streben dahin gehen, so weit irgend erreichbar der gesamten Bevölkerung die gleichen Vorteile zukommen zu lassen. Ob die gemeinnützige Baugesellschaft, dazu der einzige oder auch nur der beste Weg ist, soll hier nicht weiter erörtert werden. Sie hat sich unzweifelhaft bewährt, so lange es möglich war, wie in der Vorkriegszeit zu wirtschaften, d. h. die Mietpreise auf Grund einer nicht über die Höhe des Sparkassenzinsfußes hinausgehenden Verzinsung des Baukapitals aufzubauen, während Reparaturen und Verwaltungskosten nur eine untergeordnete Rolle spielten. Das ist anders geworden. Es hat sich gezeigt, daß jetzt, nachdem die beiden letzteren Posten sich um ein vielfaches erhöht haben, Schwierigkeiten auftauchen, die bereits eine der älteren in Frankfurt bestehenden

gemeinnützigen Gesellschaften gezwungen haben, die Verstadtlichung anzustreben. Ob aber der kommunale Wohnungsbau imstande sein wird, in gleicher Weise, wie beweglichere kleinere Organisationen sich dem mannigfachen Bedarf ohne bürokratischen Schematismus anzupassen, ist fraglich. Weit eher sollte sich das vom genossenschaftlichen Zusammenschluß zum Wohnungsbau erwarten lassen. Der Mitbesitz an dem zu unterhaltenden baulichen Bestande würde jedenfalls leichter dazu führen, die Einwohner der Anpassung an die schwankende Höhe des Mietpreises je nach der Konjunktur geneigt zu machen und dadurch über Schwierigkeiten hinauszukommen, wie sie sich heute im Geschäftsbetrieb der gemeinnützigen Baugesellschaften eingestellt haben. Auch das kann an dieser Stelle nicht eingehend geprüft werden. Als feststehendes Ergebnis der Untersuchung aber bleibt bestehen, daß innerhalb der seitens der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen in Frankfurt eingehaltenen Grundsätze es gelungen ist, dem von ihr beherbergten Teil gerade den wirtschaftlich schwächsten Volksschichten so günstige hygienische Bedingungen zu schaffen, daß darin eine erfreuliche Gleichstellung mit den wirtschaftlich besser gestellten Teilen der Einwohnerschaft zustande gekommen ist. Mag die Form, in der sich künftig die Wohnungsbeschaffung als gemeinnütziger, genossenschaftlicher oder kommunaler Wohnungsbau vollzieht, dahingestellt bleiben: es soll und muß das Bestreben sein auf dem von der Aktienbaugesellschaft eingeschlagenen Weg der Anpassung des Wohnungspreises an die Kaufkraft des Konsumenten unter Schaffung der nötigen Wohnungsergänzungen auch dem wirtschaftlich Schwachen gesundes Wohnen zu ermöglichen.

Die Energiemengen in der Kost der verschiedenen Gesellschaftsschichten von Dänemark.

Von Vizestadtarzt Dr. med. Povl Heiberg, Kopenhagen.

Die Menge von Haushaltungsbüchern, die das Dänische Statistische Amt in den letzten 20 Jahren herausgegeben hat, erlauben zum ersten Male eine Übersicht über den Kostverbrauch eines ganzen Volkes.

Selbstverständlich kann man gegen die gefundenen Resultate einige Einwendungen erheben. Mehr als eine Stichprobe, einen Wegweiser für zukünftige Untersuchungen, darf man kaum in ihnen sehen, wenngleich diese dänischen Untersuchungen auf ungefähr 1000 Haushaltungsbüchern aufgebaut sind, die durch ein ganzes Jahr fortgeführt sind, während die meisten früher publizierten Familienuntersuchungen sich nur über 1—4 Wochen erstrecken.

Daß die Wirtschaftsbücher nicht in den gleichen Jahren geführt sind, sondern in 3 verschiedenen Jahren, ist allerdings nicht sehr glücklich.

In den Jahren 1897 und 1909 sind die Haushaltungsbücher von eigentlichen Arbeiterfamilien [1]) geführt. Im Jahre 1909 wurden daneben Wirtschaftsbücher für Bauern geführt, und erst 1916 kommen dazu die Rechnungsbücher für Angestellte und für die anderen Bürgerfamilien.

Zwischen 1897 und 1916 liegen zunächst einige Jahre mit allmählich steigendem Wohlstand und auch allmählich steigendem Preisniveau für die hierher gehörigen Waren, und danach einige Jahre mit steil ansteigendem Preisniveau, aber ohne entsprechende Wohlstandssteigerung für die meisten der im Jahre 1916 untersuchten Bürgerfamilien, die Angestelltenfamilien sind.

---

[1]) Handwerkerfamilien sind hier hinzugerechnet.

Die Verschiebungen im Verbrauch, die die Teuerung 1916 mit sich brachte, bewirkte denn auch, daß die Kost einer Angestelltenfamilie in ihrer Zusammensetzung mehr der Kost einer Arbeiterfamilie aus dem Jahre 1909 ähnelte als der einer bessergestellten Familie aus den Jahren 1903—1904.

Es ist noch einer Schwierigkeit betreffs des Beobachtungsjahres 1916 zu gedenken. Im Winter 1916—1917 war das Hamstern nicht unbekannt, so daß 1916 möglicherweise mehr Waren gekauft, als verbraucht wurden.

Bei einer zukünftigen Untersuchung über die Ernährung unseres Volkes muß die erste Forderung die Einheit der Zeit sein — wie in einem wohlgebauten Drama.

Auch die Einheit des Ortes ist eine unabweisbare Forderung bei zukünftigen Untersuchungen. Es hat sich gezeigt, daß ein so großer Unterschied nicht nur zwischen Stadt- und Landbevölkerung besteht, sondern auch beim Kostverbrauch der verschiedenen Landesteile, daß seine Berücksichtigung bei einer Untersuchung, die sich die Ernährung in den verschiedenen sozialen Schichten zum Ziel setzt, nicht unterlassen werden darf.

Bei Durchführung der Forderungen nach der Einheit der Zeit und des Ortes wird auch erreicht, daß die Einteilung der Nahrungsmittel in Gruppen und Untergruppen für das ganze Material die gleiche wird. Die wechselnde Nomenklatur und die wechselnde Gruppierung der meisten Waren hat in nicht geringem Grade die nun abgeschlossenen Berechnungen erschwert.

Wie bei den meisten Untersuchungen dieser Art sind die mit den berauschenden Getränken — Bayerisches Bier, Branntwein und Wein — zugeführten Wärmeeinheiten außer Betracht gelassen. Diese Getränke sind in der hier untersuchten Kost nur Genußmittel — nach der Meinung vieler sogar überflüssige Genußmittel —, und für diese Familien spielen sie jedenfalls nur ganz ausnahmsweise eine andere Rolle. Die Durchführung der detaillierten Wochenrechnungen durch ein ganzes Jahr charakterisiert die Familien als ordentlich und nüchtern. Die Wirtschaftsbücher sind in einem Teil der Fälle — auch die Haushaltungsbücher im engeren Sinne — ganz vom Mann geführt.

In Schweden wurde bei entsprechenden Untersuchungen eine eigene sachkundige Aufsicht bei der Rechenführung sowie eine Prämierung der bestgeführten Wirtschaftsbücher verwandt. Jedenfalls wäre eine periodische Beaufsichtigung durch eine rechnungs- und haushaltungskundige Lehrerin sicher etwas Gutes, das ökonomisch

erschwinglich wäre. Kontrollierte Rechnungsablegungen zeigen nach Erfahrungen in Chicago einen sogar 12 Proz. niedrigeren Verbrauch als nichtkontrollierte.

Beim Vergleich der Resultate der dänischen Teuerungsuntersuchungen von Oktober 1916 mit den Resultaten vom ganzen Jahre bekommt man den Eindruck, daß Kostberechnungen wie diese nicht auf einen so kurzen Zeitraum wie einen Monat basiert werden können ohne das Risiko, daß zufällige Umstände störend eingreifen.

Von anderen Umständen, die man bei einer Gesamtbeurteilung der dänischen Kostuntersuchungen nicht ganz außer Betracht lassen kann, soll nur an folgende erinnert werden:

In Kopenhagen lagen sowohl 1897 als auch 1909 die Einnahmen der untersuchten Arbeiterfamilien über dem gewöhnlichen Lohnniveau; nicht weniger als 60 bzw. 45 Proz. 1897 handelte es sich also um Arbeiter, die verhältnismäßig besser gestellt waren als 1909. Letzteres Jahr war außerdem ein Jahr mit großer Arbeitslosigkeit in der Hauptstadt.

In den Provinzstädten handelte es sich dagegen 1909 um relativ bessersituierte Arbeiter als 1897, in welchem Jahre man sich hier gerade Mühe gab, so weit wie möglich nach unten zu dringen. 1909 war daher der ökonomische Unterschied zwischen den Familien in der Hauptstadt und in den Provinzstädten geringer als 1897.

Ferner muß daran erinnert werden, daß das Material von 1897 in bezug auf die städtischen Arbeiter zahlenmäßig sehr dürftig ist — nur einige 20 Familien in jeder der beiden Gruppen.

Das Gewicht und die Länge aller Mitglieder des Hausstands vor und nach der Beobachtungszeit festzustellen, wäre in unseren Tagen nicht so unerreichbar und an der Hand der Kostberechnungen etwas recht Gutes gewesen.

Die eigentliche Hauptschwierigkeit bei dieser Art der Kostberechnungen liegt jedoch in der Wahl einer geeigneten Umrechnungsskala des Kostverbrauches von Frauen und Kindern auf den der erwachsenen Männer.

Hier sind bei den dänischen Untersuchungen [1]) zwei verschiedene Skalen benutzt. Bei den Untersuchungen 1897 und 1909 ist Rubners bekannte alte Skala gebraucht, die den Kostverbrauch der Frau auf $^8/_{10}$ eines Mannes festsetzt und die Kinder — jedes Geschlecht für sich — vom Alter von 18 Jahren Jahr für Jahr abwärts abstuft bis auf $^1/_5$ beim Alter von 1 Jahr.

[1]) Zentralblatt f. Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten 1910, Nr. 12.

Bei den Untersuchungen 1916 ist dagegen eine sog. amerikanische Skala gebraucht. Nach dieser wird der Stoffverbrauch einer Frau auf $^9/_{10}$ eines Mannes berechnet und die Kinder — beide Geschlechter zusammen — vom Alter von 15 Jahren in nur 4 Gruppen abgestuft bis herab auf ungefähr $^1/_7$ in den 3 ersten Lebensjahren.

Der Unterschied zwischen den beiden Skalen variiert daher von Familie zu Familie. Ab und zu gibt Rubners Skala weniger Wärmeeinheiten pro Einheit, aber in der Regel gibt die amerikanische Skala die kleinste Anzahl Wärmeeinheiten pro Einheit. Die Konstanten, mit welchen in diesen dänischen Untersuchungen Resultate nach der Rubnerschen Skala berechnet multipliziert werden müssen, um den Resultaten nach der amerikanischen Skala zu entsprechen, liegen für Arbeiter- und Handwerkerfamilien alle zwischen 0,83 und 0,88. Für Bauern kann man den Umrechnungskoeffizienten vermutlich schätzungsweise auf 0,9 ansetzen.

Durch Verlängerung der Untersuchungszeit für jede Familie von einem auf zwei Jahre wäre es sicherlich möglich, etwas Material für die Entscheidung zu bekommen, welche Skala am besten den wirklichen Verhältnissen entspricht.

Natürlich müßte das Material dann nicht nur wie jetzt gruppenweise berechnet werden, sondern es müßte der Kostverbrauch jeder einzelnen Familie in jedem der zwei Jahre für sich berechnet werden. Hierdurch würde es in einfacher Weise möglich, die einzelnen Familien mit sich selber zu vergleichen.

Meine persönliche Meinung ist, daß die amerikanische Skala sich am meisten den wirklichen Verhältnissen nähert.

Hierauf deutet vielleicht auch ein Vergleich mit 14 Einzeluntersuchungen an finnischen Bauern, indem diese Untersuchung einen durchschnittlichen Verbrauch von ca. 4200 Wärmeeinheiten zeigt, während die dänischen Bauern ca. 4500 Wärmeeinheiten haben (vgl. Tab. I). Auch das Resultat der 9 individuellen Untersuchungen an Studenten und Ärzten deutet in die gleiche Richtung (s. Beilage I und II).

Legt man nun die amerikanische Umrechnungsskala den Berechnungen zugrunde, so bekommt man folgende Resultate (vgl. Tab. II).

Nach dieser Tabelle ist die Arbeiterklasse sowohl in der Haupt- wie in den Provinzstädten in beiden behandelten Jahren (1897 und 1909) so ernährt, daß sie in der Kost nicht die Energiemenge zugeführt bekommt, die physiologische Versuche als am besten geeignet für die arbeitende menschliche Maschine erwiesen haben.

In Anbetracht der beträchtlichen Muskelarbeit der Landarbeiter muß auch deren Kost 1897 als recht knapp angesehen werden, während 1909 die Energiemenge, 3400—3500 Wärmeeinheiten wohl hingehen kann.

Dagegen sind die ökonomisch bessergestellten Gesellschaftsschichten, was die zugeführte Energiemenge betrifft, richtig ernährt, namentlich in Anbetracht ihrer geringeren Muskelarbeit.

Selbstverständlich findet man in den ökonomisch höheren Schichten der Gesellschaft nicht so scharf geschiedene Familientypen wie in den weniger gut gestellten Schichten. Eine Arbeiter- oder eine Häuslerfamilie führt im großen Ganzen ihre Haushaltung auf typische Weise. Dagegen führt eine Bürgerfamilie mit 5—10000 Kronen jährlicher Einnahme eine weit individuellere Existenz und es machen sich hier bei Beurteilung des absoluten Kostverbrauchs weit mehr und störendere Momente geltend, z. B. Reisen, Essen außer dem Haus, Gesellschaften, Logiergäste und dergleichen. Auch an die mehr oder weniger große Menge von Eßwaren, die verderben, muß man denken.

Es ist auch eine alte Erfahrung, daß Exkremente von gutsituierten Leuten wertvoller sind als die aus den armen Schichten. Schon Prof. Eschricht erzählt in seinen interessanten Erinnerungen von 1820, wie die Bauern in Italien für die Latrinen der englischen Touristen mehr als für die der eingeborenen Bevölkerung bezahlen. Dieser Umstand hat jedoch relativ nur sehr geringe Bedeutung.

Die verhältnismäßig hohen Zahlen für Häuslerfamilien und namentlich Bauernfamilien muß man im Verhältnis dazu ansehen, daß ein größerer Bruchteil sämtlicher Personen stark körperlich arbeitende Männer und Frauen sind, und im Verhältnis der größeren oder geringeren Beteiligung von Fohlen, Kälbern, Hunden, Katzen und Geflügel am Verbrauch. Mit anderen Worten: diese Zahlen eignen sich nur zum Vergleich mit Zahlen von anderen Häusler- und Bauernfamilien und müssen etwas höher liegen als die Zahlen für die individuell untersuchten finnischen Bauern.

Eine allgemeine Klage ist, daß so wenig Arbeit in der Arbeitszeit geleistet wird, daß das Arbeitstempo so gering ist. Aber ist es bei der dänischen Arbeiterkost in den Städten möglich, eine größere Arbeitsleistung zu bewirken? Hängt das schnellere amerikanische Arbeitstempo nicht mit einer kräftigeren Ernährung zusammen?

Soll ein hoher Arbeitstag von nur 125000 Kilogrammeter-Arbeit

täglich vom Mann geleistet werden, so werden hierzu allein 1450 Wärmeeinheiten erforderlich — und mehr als 600 Wärmeeinheiten (also 50000 Kilogrammeter-Arbeit) kann ein Teil der dänischen Arbeiter mit dem hier gefundenen Kostverbrauch wohl kaum für die körperliche Arbeit entbehren (vgl. Tab. II).

Dann ist noch ein besonderer Umstand bei der rein zahlentechnischen Seite der Sache, den ich nicht ganz mit Stillschweigen übergehen zu können glaube.

Sind unsere Beobachtungskurven in Wirklichkeit symmetrisch? Ist man mit anderen Worten berechtigt, mit Durchschnittszablen in der Weise zu arbeiten, wie es hier geschehen ist?

Zunächst war ich zu der Auffassung geneigt, daß man — ebenso wie bei Berechnung des Durchschnittsgewichts — eine bessere Durchschnittszahl einen besseren Kulminationspunkt in der Kurve bekäme, wenn man von den exzessiv hohen und den exzessiv niedrigen Beobachtungszahlen absieht.

Leider liegt das Material nicht in einer Form gedruckt vor, die die Zahl der Wärmeeinheiten für jede einzelne Familie auszurechnen erlaubt, was auch aus mehreren anderen Gründen bei einer zukünftigen Untersuchung unbedingt angestrebt werden muß.

Tabelle I.

Übersicht über den täglichen Verbrauch von Wärmeeinheiten (Kalorien) pro Einheit (d. h. erwachs. Mann) in dänischen Familien, ausgerechnet mit der amerikanischen Skala.

Jahreszahl der Untersuchung		Kopenhagen	Provinzstädte	Landdistrikte Inseln	Landdistrikte Jütland
1897	Arbeiterfamilien	2848	2617	3076	3187
1909	„	2730	2863	3485	
				Landhandwerkerfamilien 3413	
				Häuslerfamilien 3778	
				Bauernfamilien 4509	
1916	Bürgerfamilien (Angestelltenfamilien)				
	I. mit 2—3000 Kronen Einnahme	3274	3164	3140	
	II. mit 3-5000 Kronen Einnahme	3330	3128	3246	
	III. mit über 5000 Kronen Einnahme	3488	3475	3517	

Nur für einige 20 Kopenhagener Arbeiterfamilien ist das Material seiner Zeit von Dozent Schierbeck für die einzelnen Familien durchgerechnet. Ihre Zahl ist jedoch zu klein, als daß man auf die Art schließen dürfte, in der diese Zahlen sich um den Durchschnitt gruppieren (vgl. Beil. III).

Geht man jedoch davon aus, daß das gewöhnlich benutzte Fehlergesetz, das exponentielle Fehlergesetz, auch für dieses Material gilt, so findet man bei graphischer Ausrechnung, daß der Mittelfehler bei der einzelnen Beobachtung 5—600 und bei der Durchschnittszahl dieser kleinen Gruppe ca. 150 ist.

Für die größeren Gruppen von 80—140 Beobachtungen muß der Mittelfehler für die Durchschnittszahlen daher zwischen 100 und 50, auf keinen Fall höher angenommen werden.

(Tabelle II siehe nächste Seite.)

Aus meiner Schulzeit erinnere ich mich noch jetzt des Gelächters in der Klasse, als der Versuch eines jungen Adeligen, Kröten und Würmer in natürliche Gruppen zu sammeln, darin gipfelte, daß er alle Gläser nach ihrer Größe in eine lange Reihe stellte. Aber ist die Art, wie Tigerstedt[1]) seine 110 individuellen Beobachtungen in 8 Gruppen gruppiert, jede Gruppe mit 500 Wärmeeinheiten mehr als die vorhergehende, viel besser? Viel natürlicher wäre es doch, z. B. die finnischen Bauern für sich zusammenzustellen und die nordeuropäischen Studenten und Ärzte für sich. Geht man so vor, so findet man für die 14 Bauern 4173 Wärmeeinheiten in der täglichen Kost, für die 9 Studenten aber nur 2964. Der Bauer kann also im Durchschnitt 100000 Kilogrammeter Arbeit mehr ausführen als ein Student (vgl. Beilage I und II).

Legt man dagegen die veraltete Rubnersche Skala den Berechnungen zugrunde, so findet man, daß die Arbeiterbevölkerung erträglich ernährt ist, eine hinreichende Energiemenge mit der Kost zugeführt bekommt, während die ökonomisch besser gestellten Klassen überernährt sind.

Jedenfalls ist also das Besondere eingetreten, daß nicht alle ökonomischen Gesellschaftsschichten im Laufe der Zeit gerade die rechte Kost gefunden haben.

Überhaupt ist dieser — ich weiß nicht, ob ich den Ausdruck gebrauchen darf — philosophische Gedankengang, daß die Verhältnisse im Lauf der Zeit sich so gut als möglich von selbst ordnen,

[1]) Nahrungsbedarf des Menschen 1912 (Sonderabdruck aus dem V. Bd. der Fortschr. der naturwissensch. Forschung).

Tabelle II.

Jahr	Anzahl	Familien			Anzahl von Wärmeeinheiten täglich pro Einheit: Brutto	Netto	Anzahl von Wärmeeinheiten, die für die körperl. Arbeit[1]) übrig sind	Anzahl von 1000 Kilogrammeter[2]) pro Einheit	pro Familie
		Kopenhagen							
1897	27	Arbeiterfamilien	à 3,65 amerik. Einheiten	(4,9 Personen)	2 848	2 563	218	18	66
1909	76	„	„ 3,43 „ „	(4,6 „)	2 730	2 457	112	9	32
1916	9	Bürgerfamilien	„ 2,76 „ „	2—3000 Kr. Einnahme	3 274	2 947	602	50	138
1916	49	„	„ 3,00 „ „	3—5000 „ „	3 330	2 997	652	54	163
1916	23	„	„ 3,82 „ „	über 5000 „ „	3 488	3 139	794	66	253
		Provinzstädte							
1897	23	Arbeiterfamilien	„ 4,01 „ „	(5,6 Personen)	2 617	2 355	10	1	4
1909	99	„	„ 3,47 „ „	(5,0 „)	2 863	2 577	232	19	67
1916	21	Bürgerfamilien	„ 2,59 „ „	2—3000 Kr. Einnahme	3 164	2 848	503	42	109
1916	41	„	„ 3,49 „ „	3—5000 „ „	3 128	2 815	470	39	137
1916	9	„	„ 4,91 „ „	über 5000 „ „	3 475	3 128	783	65	320
		Landdistrikte							
1897	115	Arbeiterfamilien auf d. Inseln	„ 3,46 „ „	(4.9 Personen)	3 056	2 750	405	34	118
1897	86	„ in Jütland	„ 3,38 „ „	(4,9 „)	3 183	2 865	520	43	146
1909	65	„	„ 3,32 „ „	(4,7 „)	3 485	3 137	792	66	219
1909	70	Handwerkerfamilien . . .	„ 3,17 „ „	(4,5 „)	3 413	3 072	727	61	192
1916	15	Bürgerfamilien	„ 2,95 „ „	2—3000 Kr. Einnahme	3 140	2 826	481	40	118
1916	37	„	„ 4,05 „ „	3—5000 „ „	3 246	2 921	576	48	194
1916	13	„	„ 4,06 „ „	über 5000 „ „	3 517	3 165	820	68	277
1909	84	Häuslerfamilien	„ 3,54 „ „	(4,8 Personen)	3 778	3 400	1 055	88	311
1909	142	Bauernfamilien	„ 6,41 „ „	(7,8 „)	4 509	4 058	1 713	143	915

[1]) Diese Zahl kommt zustande, indem man die Zahl der Wärmeeinheiten, 2 345, die ein Mensch in der Ruhe braucht, vom Nettowert abzieht. Diesen erhält man, indem man 10 Proz. für den Wärmeabgang durch die Exkremente vom Bruttowert abzieht.

[2]) Da 100 000 Kilogrammeter physisch 234,2 Wärmeeinheiten entsprechen, werden bei dem gewöhnlich angenommenen Ausnutzungsgrad von 20 Proz. 1 170 Wärmeeinheiten (abgerundet auf 1 200) für diese Arbeitsmenge erforderlich werden. Die Anzahl der Wärmeeinheiten, die für körperliche Arbeit übrig bleibt, muß also mit 0,012 dividiert werden, um die Kilogrammeterzahl zu erhalten, die geleistet werden können.

naturwissenschaftlich ganz verkehrt. Ebensowenig wie die Menschen im Lauf der Jahrhunderte sich die besten Wohnungen haben bauen oder die besten Trachten haben schaffen können, ebensowenig hat die Bevölkerung sich die beste Kost zu wählen vermocht.

Den alten Lehrsatz, daß eine Bevölkerung bei freier Wahl der Kost weder zu viel noch zu wenig ißt, scheinen mir diese dänischen Erfahrungen umzustoßen, bzw. sie fordern zur Wiederaufnahme neuer Untersuchungen heraus.

Mit anderen Worten, es deutet einiges darauf hin, daß noch in unseren Tagen breite Gesellschaftskreise unterernährt, auf einen Stoffumsatz eingestellt sind, der weit unter dem Optimum liegt.

Die hier zur Untersuchung gelangten Rechnungsbücher stammen von Elitefamilien. Im großen und ganzen muß man für die Arbeiterklasse damit rechnen, daß die gefundenen Werte etwas über dem allgemeinen Niveau liegen.

Überdies ist die Ernährung der Bevölkerung im Verlauf des Jahres keineswegs gleichmäßig. In den arbeitslosen Winterperioden geht sie nach abwärts, um dann in der Arbeitssaison eventuell wieder sogar recht hoch zu schwingen. Bei einer zukünftigen Untersuchung muß das Material so disponiert werden, daß die vier Jahreszeiten jede für sich berechnet werden können.

Ferner sind es Durchschnittszahlen, mit denen man arbeitet. Die Zahlen für die einzelnen Familien müssen sowohl nach oben wie nach unten variieren. Für diese letzten Familien muß man also daran denken, daß ein Bruchteil der Familien eine Anzahl von Wärmeeinheiten zugeführt bekommt, die sogar 4—500 niedriger als der Durchschnitt sind.

Gibt es nun noch andere Beobachtungen, die darauf hindeuten daß Teile des Volkes ständig — die Erfahrungen über die Ernährungsverhältnisse für dänischen Arbeiterfamilien liegen vor dem Kriege — unterernährt sind? Die wenigen Erfahrungen, die wir über die verschiedene Morbidität und Mortalität in den verschiedenen sozialen Schichten besitzen, sind teils vieldeutig, teils unsicher. Doch möchte ich hier daran erinnern, daß Rubin und Westergaard fanden, daß die Mortalität der Landarbeiter im Alter von 55—75 Jahren um 7—8 Proz. größer ist als die der Häusler und Bauern, und im Alter von 75—85 sogar um 20 Proz. größer.

Die Wirkungen einer gleichmäßigen geringeren jahrelangen Unterernährung muß man denn auch weit eher in veränderten

Wachstums- und Gewichtsverhältnissen, namentlich bei der aufwachsenden Jugend sehen.

Wir haben hier eigentlich nur aus zwei Quellen zu schöpfen, nämlich teils aus Rekrutenmessungen, teils aus Untersuchungen von Schülern.

Der ausgewachsene dänische Mann ist jetzt 169 cm lang, aber noch vor einigen Menschenaltern war er nur gut 165 cm lang.[1]) Diese Längenzunahme geht gleichmäßig durch alle Jahre und sie ist auch für Schweden, Norwegen und Holland bekannt. Sie wird gewöhnlich den verbesserten ökonomischen und hygienischen Verhältnissen zugeschrieben, und unter ihnen muß man zu allernächst an die reichlichere Kost der Gegenwart denken.

Ob die Kriegsrationen der letzten Jahre einen Stillstand oder sogar einen Rückgang in dieser Entwicklung gebracht haben, darüber liegt noch keine Untersuchung vor.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts wurden 20000 wehrpflichtiger Kopenhagener Männer gewogen, und Sören Hansen hat bei Bearbeitung dieses Materials gezeigt, daß sich im Verhältnis zur Länge niedriges Gewicht bei niedrig entlohnten Werkstattarbeitern (Zigarrendreher, Schneider und Schuhmacher) findet; also eine relative Unterernährung nicht allein im Verhältnis zu den Zimmerleuten und Maurern, die im höchst entlohnten und gut ernährtem Freiluftgewerbe arbeiten, sondern auch im Verhältnis zu den Männern aus den wohlhabenderen Gesellschaftsschichten, die doch vermutlich meist eine sitzende Beschäftigung haben.

Weit wichtiger als diese Erfahrungen scheinen mir die Aufklärungen, die über die körperliche Entwicklung unserer Schulkinder vorliegen.

In einem Bericht[3]) über mögliche sanitäre Mängel im Schulwesen finden sich eine große Menge von Messungen und Wägungen von Schulkindern in den verschiedenen Schulgruppen: Im Alter von 12 Jahren sind die Gymnasialschüler ca. 5 cm länger als die Volksschulknaben in der Freischule, und erstere wiegen 2 Kilo mehr als letztere.

Daß die Volksschulkinder in Kopenhagen teilweise unterernährt sind, dürfte auch daraus hervorgehen, daß im Winter 1913—14 nach der Aufstellung des Klassenlehrers nicht weniger als ein Viertel an der unentgeltlichen Speisung teilnahmen.

---

[1]) Meddelelser am Danmarks Authropologie. Bd. V, p. 11 und 351 (bzw. Edw. Th. Mackeprang und H. Westergaard).

[2]) idem. Bd. I, p. 216.

[3]) Veröffentl. 1884.

Paul Hertz fand denn auch vor wenigen Jahren, daß die Kinder der allgemeinen Volksschule denen der Freischule an Gewicht und Länge überlegen waren.[1])

Noch will ich anführen, daß H. J. Hansen in seinen Untersuchungen über das Gewicht Neugeborener einen Unterschied von ca. 50 g zwischen den Kindern wohlsituierter und armer Mütter fand.[2])

Wie schon erwähnt, darf man alle die bisher hier vorgenommenen Kostuntersuchungen kaum mehr als eine einzige größere Stichprobe auffassen; aber sieht man mit unbefangenem Blick auf die sich ergebenden Resultate, so muß die Frage nach der absoluten und relativen Unterernährung der breiten Schichten, namentlich bei der Stadtbevölkerung, bei der Planung zukünftiger Untersuchungen in erste Reihe rücken.

Wir haben mit anderen Worten auch in Dänemark neben der stark aktuellen Wohnungsfrage eine ebenso wichtige Ernährungsfrage.

Da die Forderung nach der hinreichenden Energiemenge in der Kost der Forderung nach ihrer zweckmäßigsten Zusammensetzung selbstverständlich vorausgeht, habe ich so gut wie ausschließlich mich an erstere gehalten.

Die dänischen Untersuchungen[3]) enthalten selbstverständlich auch einige Aufklärungen über den letztgenannten Punkt. Diese Erfahrungen habe ich vielleicht ein andermal Gelegenheit vorzulegen.

Beilage I.

Finnische Bauern.

(Individuelle Beobachtungen.)

Laufende Nummer in Tigerstedts Arbeit[4])	Die tägliche Anzahl von Wärmeeinheiten in der Kost
38	3 008
48	3 185
64	3 649
72	3 783
76	3 991
78	4 049
83	4 150
87	4 284
90	4 467
91	4 468
92	4 537
95	4 699
97	4 854
101	5 332

Der Durchschnitt der 14 Beobachtungen ist 4 173.

[1]) Meddelelser am Danmarks Anthropologie. Bd. I, p. 321.

[2]) idem. Bd. II, p. 1.

[3]) Zentralblatt f. Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten. 1910, Nr. 12. Archiv für Soziale Hygiene und Demographie. 1914, IX. Bd., S. 145 und 1920, XIV. Bd., S. 257.

[4]) Nahrungsbedarf des Menschen 1912.

Beilage II.

Nordeuropäische Studenten und Ärzte.

Laufende Nummer in Tigerstedts Arbeit[1])	Die tägliche Anzahl von Wärmeeinheiten in der Kost
12 schwedisch	2 394 (+ 577 in Alkohol)
13 „	2 419 (+ 383 „ „)
24 Arzt	2 697
29 schwedisch	2 827
35 Arzt	2 881
40 „	3 029 (+ 176 in Alkohol)
41 schwedisch	3 070
57 „	3 374
75 finnisch	3 984

Der Durchschnitt der 9 Beobachtungen ist 2 964.

Beilage III.

Die 20 Kopenhagener Arbeiterfamilien nach amerikanischer Skala.

Laufende Nummer	Zahl von Wärmeeinheiten täglich pro Einheit		
23	1 971	bis 2 000	1
27	2 140	„ 2 200	2
5	2 204	„ 2 400	4
18	2 265	„ 2 600	7
7	2 448	„ 2 800	9
19	2 506	„ 3 000	12
11	2 576	„ 3 200	13
16	2 709	„ 3 400	16
4	2 726	„ 3 600	19
14	2 896	„ 3 800	19
9	2 939	(„ 4 800	20)
26	3 000		
15	3 192		
12	3 236		
1	3 248		
13	3 349		
8	3 467		
6	3 548		
22	3 788		
(2	4 734)		

Der Durchschnitt der 19 Beobachtungen ist 2 853.
„ „ „ 20 „ „ 2 947.

[1]) Nahrungsbedarf des Menschen 1912.

Miszellen.

Aus dem Hygienischen Institute der Technischen Hochschule Dresden.
(Direktor: Prof. Dr. Kuhn.)

Über den mittleren Fehler in der Statistik.

Von Dr. med. FETSCHER.

Mit 2 Kurven.

Ganz allgemein pflegt man den mittleren Fehler einer Beobachtungsreihe, der in dem beschränkten Umfange aller Materialsammlung begründet ist, nach der Formel $\sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}}$ zu berechnen, wobei p_1 die prozentuale Häufigkeit des Eintrittes eines bestimmten Ereignisses darstellt, p_2 die Häufigkeit seines Fehlens, während n die Zahl der Beobachtungen bedeutet. Wenn z. B. von 200 Lebendgeborenen 42 im ersten Lebensjahre sterben, so beträgt die Häufigkeit der Todesfälle 21 Proz., die des Überlebens 79 Proz. Der mittlere Fehler dieser Tatsachenreihe muß deshalb $\sqrt{\frac{21 \cdot 79}{200}} = 2{,}8$ Proz. betragen. Abweichungen bis zu dem dreifachen Wert des mittleren Fehlers sind zulässig, d. h. alle Abweichungen von der Norm, die innerhalb der Schwankungsbreite des dreifachen mittleren Fehlers liegen, geben keine Berechtigung dafür ab, von einer Änderung des bisher gewohnten Ablaufes einer Ereignisreihe zu sprechen. In unserem Falle beträgt die Abweichung von der Norm 4 Proz., wenn die Sterblichkeit der im ersten Lebensjahre Befindlichen im Deutschen Reiche 17 Proz. beträgt. Da nun aber die Differenz geringer als das dreifache des mittleren Fehlers ($3 \times 2{,}8 = 8{,}4$) ist, dürften wir — allerdings nur für den Fall, daß es sich um unvollständige oder ungenaue Erhebungen handelt, — aus ihr keinen Schluß auf Erhöhung der Kindersterblichkeit ziehen.

Die mathematische Ableitung der Formel $\sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}}$ und die Begründung ihrer Anwendung ist in leicht faßlicher Form von

Riebesell in Nr. 33 der „Naturwissenschaftlichen Wochenschrift" 1920 gegeben. Mir sei es jedoch gestattet auf einige weniger bekannte Zusammenhänge hinzuweisen, die für die Praxis der Statistik von Wert sein dürften.

Schon bei oberflächlicher Betrachtung ergibt sich, daß der mittlere Fehler mit der Zahl der Beobachtungen abnehmen, mit der Größe des Produktes $p_1 p_2$ aber wachsen muß. Den kleinsten Wert nimmt dieser ohne Zweifel dann an, wenn p_1 oder p_2 gleich Null wird, womit der mittlere Fehler überhaupt verschwindet. Der größte Wert muß jedoch dann erreicht sein, wenn p_1 gleich 50 wird. Der Grund ist leicht einzusehen; $p_1 + p_2$ muß immer 100 betragen, weshalb p_1 immer um jene Zahl größer oder kleiner sein muß als $\frac{100}{2} = 50$, um die auch p_2 aber natürlich im entgegengesetzten Sinne differiert. Wir können deshalb dem Produkt $p_1 p_2$ auch folgende Form geben: $p_1 p_2 = (50 + x)(50 - x) = 50^2 - x^2$, woraus sofort ersichtlich ist, daß dieses Produkt den größten Wert dann besitzt, wenn x gleich Null ist, p_1 und p_2 also die gleiche Größe besitzen, welchem Umstande eben nur die Zahl 50 entsprechen kann. Aus der so umgeänderten Formel ist auch leicht zu ersehen, daß bei gleicher Zahl der Beobachtungen der mittlere Fehler bei allen den Ereignisserien gleich groß sein muß, deren Eintrittshäufigkeit gegen die Zahl 50 um den gleichen Betrag in positivem oder negativem Sinne schwankt. Je geringer die Differenz von p_1 und p_2 ist, um so größer wird ihr Produkt und um so größer auch der mittlere Fehler, eine Tatsache, deren Betonung trotz ihrer Selbstverständlichkeit nicht unnötig sein dürfte, da man immer wieder der Meinung begegnet, daß die Höhe des mittleren Fehlers lediglich von dem Werte n abhängig sei.

Schon aus der Gruppierung der Werte des Produktes $p_1 p_2$ um ein Maximum ist ersichtlich, daß es sich hier nicht um ein einfaches lineares Ansteigen und Fallen handeln kann. Klareren Einblick gibt die graphische Darstellung. Wir stellen zu diesem Zwecke folgende Gleichung auf:

$$u = p_1 p_2$$
$$p_1 + p_2 = 100$$
$$u = p_1 (100 - p_1)$$
$$p_1^2 - 100 p_1 + u = 0$$
$$p_1 = 50 \pm \sqrt{2500 - u}$$

Wir betrachten also nur die Schwankungen des Wertes von p_1 bei den verschiedenen möglichen Größen des Produktes $p_1 p_2$. Bestimmen wir nun zunächst die Grenzwerte von u, so können wir sagen, daß es als kleinsten Wert 0 besitzt, wenn nämlich p_1 gleich Null oder 100 wird; den größten Wert aber bedeutet die Zahl 2500, bei dem p_1 gleich 50 ist. Ein Wert von u, der kleiner als Null ist, kommt nicht in Frage, da sonst p_1 negativ werden müßte, was bei einem empirisch aufzufindenden Werte p_1 unmöglich ist, wenn auch die mathematisch-theoretische Möglichkeit eines solchen Falles besteht. Andererseits kann er auch nicht größer als 2500 werden, da sonst der Wert des Wurzelausdruckes imaginär würde was ebenfalls bei empirisch aufzufindenden Zahlen ausgeschlossen ist. Wir berechnen nun in einer Reihe von Fällen, die einem bestimmten Werte von u, der zwischen 0 und 2500 liegt, die entsprechende Größe von p_1. Da wir uns zu diesem Behufe einer Gleichung zweiten Grades bedienen müssen, werden wir stets 2 Werte für p_1 finden, die bei den gemachten Voraussetzungen stets positive Zahlen darstellen müssen. Dadurch, daß wir dann die gefundenen Werte in ein Koordinatensystem eintragen und die so gefundenen Punkte verbinden, erhalten wir nachstehende Kurve, die ein anschauliches Bild von den Bewegungen des Wertes des Produktes und damit auch die Größe des mittleren Fehlers bei gleichbleibender Beobachtungszahl abgibt.

Es fällt vor allem der symmetrische Bau der Kurve ins Auge, der auch bei Betrachtung des Produktes $p_1 p_2$ nach seiner Umformung in $(50+x)(50-x)$ zu erschließen gewesen wäre aus der symmetrischen Gruppierung aller möglichen Werte um das Maximum $50 \cdot 50$.

Wollen wir uns nun klarlegen, wie die Größe des mittleren Fehlers bei Änderung der Zahl der Beobachtungen schwankt, so machen wir zu diesem Zwecke die Voraussetzung, daß das Produkt $p_1 p_2$ eine bestimmte konstante Größe habe, was innerhalb ein und derselben Beobachtungsreihe zulässig ist. Wir können dann die Formel $y = \sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}}$ folgendermaßen umwandeln:

$$y = \sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}}$$

$$y^2 = p_1 p_2 \frac{1}{n}$$

$$p_1 p_2 = 2a$$

$$\frac{1}{n} = x$$

$$y^2 = 2ax$$

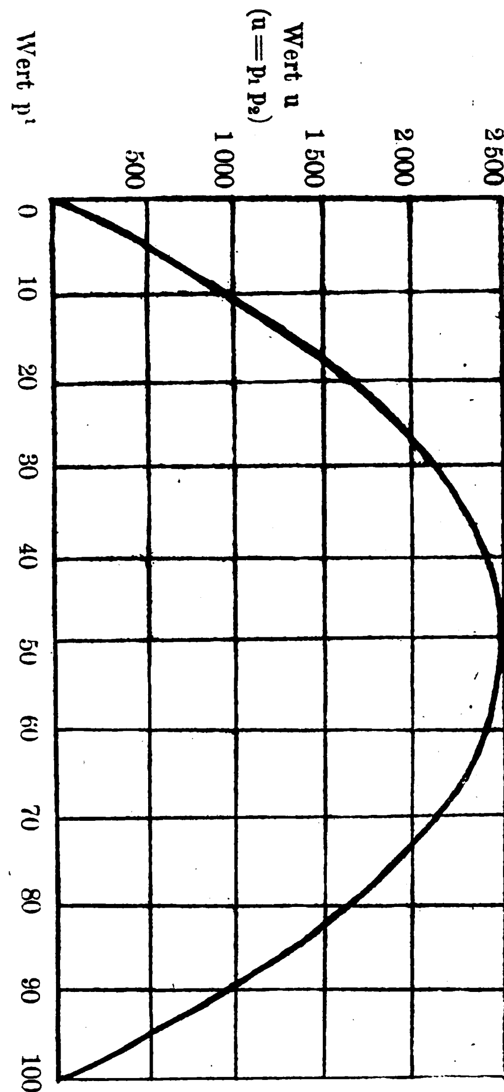
$y^2 = 2ax$ ist aber die Scheitelgleichung einer Parabel.

Tabelle 1.

$p^1 = 50 \pm \sqrt{2\,500 - u}$

u	p'_1	p''_1	u	p'_1	p''_1
1	0,01	99,99	1 500	18,38	81,62
10	0,103	99,897	1 800	23,54	76,46
50	0,502	99,498	2 000	27,64	72,36
100	1,01	98,99	2 250	34,09	65,91
250	2,566	97,434	2 350	37,75	62,25
500	5,28	94,72	2 400	40,0	60,0
900	10,0	90,0	2 450	42,93	57,07
1 000	11,27	88,73	2 475	45,00	55,00
1 200	13,94	86,06	2 500	50,0	50,0

Kurve 1.



Kurve 1 ist durch Eintrag der Werte aus Tabelle 1 gewonnen.

Um die Verhältnisse noch klarer zu machen, wollen wir wie oben an die graphische Darstellung der Gleichung gehen. Wir überlegen zunächst, welche Grenzwerte x annehmen kann. x kann nun zunächst nicht größer als 1 sein, da n nicht kleiner als 1 werden kann, dessen reziproker Wert eben x ist. Desgleichen erscheinen alle negativen Werte als ausgeschlossen. Der Grund bedarf keiner Erörterung. Obere Grenze für n gibt es naturgemäß keine, da die Zahl der Beobachtungen, theoretisch wenigstens, beliebig vermehrt werden kann. Wird aber $n = \infty$, dann ist

Tabelle 2.

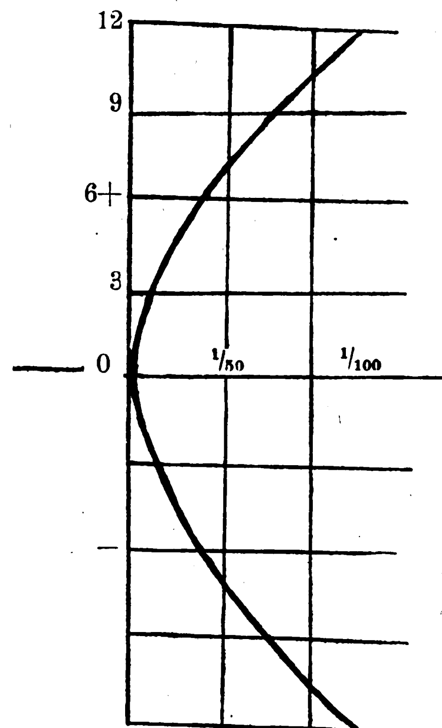
$y = \pm \sqrt{2\,a\,x}$

	2a = 2 500						2a = 250		
x	1	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{50}$	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{150}$	$\frac{1}{200}$	1	$\frac{1}{10}$	$\frac{1}{100}$
y	± 50	± 15,8	± 7,06	± 5	± 4,08	± 3,53	± 3,53	± 5	± 1,51
x	$\frac{1}{250}$	$\frac{1}{500}$	$\frac{1}{1\,000}$	$\frac{1}{2\,500}$	$\frac{1}{5\,000}$	$\frac{1}{10\,000}$	$\frac{1}{500}$	$\frac{1}{1\,000}$	$\frac{1}{2\,500}$
y	± 3,16	± 2,236	± 1,51	± 1	$\sqrt{\frac{1}{2}}$	$\sqrt{\frac{1}{4}}$	$\sqrt{\frac{1}{2}}$	$\pm \frac{1}{2}$	$\sqrt{\frac{1}{10}}$

$x = \frac{1}{\infty}$. — Innerhalb dieser Grenzwerte wollen wir nun einige Zwischenstufen berechnen, die aus nebenstehender Tabelle ersichtlich sind. 2a, das konstant angenommene Produkt $p_1\,p_2$ setzen wir in dem einen Falle gleich 2500, in dem anderen auf 250 fest.

Um die Tatsache, daß es sich hier um eine Parabel handelt, klarer zu machen, wurden auch die negativen Werte jeder Wurzel eingezeichnet, da wir sonst nur die obere Hälfte der Parabel erhalten hätten, was weniger anschaulich gewesen wäre. Aus der Kurve ersehen wir nun, daß der mittlere Fehler nicht linear mit der Zahl der Beobachtungen abnimmt, daß aber ein dem linearen Steigen und Fallen nahekommendes Verhalten des mittleren Fehlers bei kleiner Beobachtungszahl vorliegt. Wir können weiter schließen, daß der Öffnungswinkel unserer Parabel mit Änderung des Wertes von 2a

Kurve 2.



Kurve 2 ist durch Eintrag der Werte aus Tabelle 2 (linke Hälfte, 2a = 2 500) gewonnen.

schwankt und zwar muß bei fallender Größe des Produktes der Öffnungswinkel der Parabel kleiner werden. Da wir nun den größten für unsere Betrachtung möglichen Wert von 2a eingesetzt haben, nämlich 2500, müssen alle anderen in Betracht kommenden Parabeln einen kleineren Wert für 2a besitzen und daher zwischen den Schenkeln der von uns gezeichneten Kurve liegen. Die Gegenüberstellung von zweierlei Größen für 2a in Tabelle 2 läßt dies klar erkennen. So nimmt y den Wert von 5 in der linken Hälfte der Tabelle an, wenn $x = \frac{1}{100}$ beträgt, auf der rechten Seite, der 2a mit einem Zehntel des anderen Wertes, nämlich 250, zugrundeliegt schon an, wenn $x = \frac{1}{10}$ ist. Der gleiche Wert von y wird also in um so größerer Entfernung vom Nullpunkt erreicht, je kleiner 2a wird. Für unsere Betrachtung bedeutet dies, daß für eine bestimmte Größe des mittleren Fehlers um so weniger Beobachtungen nötig sind, je kleiner das Produkt $p_1 p_2 = 2a$ wird. Der mittlere Fehler muß immer dann gleich 1 sein, wenn n die gleiche Größe wie $p_1 p_2$ besitzt. Ist n ein Vielfaches von $p_1 p_2$, dann ist der mittlere Fehler die Wurzel aus jener Zahl, mit der man $p_1 p_2$ multiplizieren muß, um n zu erhalten. Die Änderung des Öffnungswinkels gibt ein Maß für die Änderung der Höhe des mittleren Fehlers. Mit Abnahme des Öffnungswinkels nimmt auch der mittlere Fehler ab. Dies geschieht ebenfalls nicht in linearer Form, sondern in einer Kurve, die wie ohne weiteres verständlich ist, durch die Gleichung $u = 50 \pm \sqrt{2500 - x}$ bezeichnet und in Tabelle 1 und Kurve 1 dargestellt ist.

Selbstverständlich muß der mittlere Fehler nicht bei jeder Beobachtungsserie vorliegen. Er kann sowohl über- wie unterschritten werden, wodurch eine gewisse Unsicherheit in der Beurteilung des Wertes statistischer Daten eintritt. Vollständig versagen muß die übliche Beobachtungsmethode, wenn p gleich Null wird, obgleich anderweitige Erfahrung lehrt, das p_1 — also ein bestimmtes Ereignis —, unter n Beobachtungen so und so oft gefunden wird. Wir können uns jedoch auch hier in manchen Fällen helfen. Nehmen wir beispielsweise an, daß unter 100 Lebendgeborenen im ersten Lebensjahre kein einziger Todesfall gefunden worden sei. Die direkte Berechnung des mittleren Fehlers ergäbe hierbei Null. Nun wissen wir aber, daß tatsächlich nur 83 Proz. erwartungsgemäß überleben dürften und nicht 100 Proz., also ein Fehler von mindestens 17 Proz. vorliegt. Wir können nun

diese erschlossenen Tatsachen unserer Berechnung zugrundelegen. $\sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}} = \sqrt{\frac{17 \cdot 83}{100}} = 3{,}75$ Proz. — Aus Abweichungen bis zu dem dreifachen Wert, also 11,25 Proz. von der Norm, dürften keine Schlüsse gezogen werden. Dies muß naturgemäß sowohl in positivem wie negativem Sinne gelten: eine Säuglingssterblichkeit von $17 \pm 11{,}25 = 28{,}25$ Proz. und 5,75 Proz. spräche demnach bei 100 Beobachtungen noch nicht für eine Änderung des gewohnten Ereignisablaufes. Wir haben nun damit auf indirektem Wege die mittlere Breite des in diesem besonderen Falle zu erwartenden mittleren Fehlers bestimmt. Die mittlere Breite deshalb, da sowohl größere wie geringere Werte des mittleren Fehlers zu erwarten sind, wie sich daraus ergibt, daß eine Sterblichkeit von 5,75 Proz. und eine solche von 28,25 Proz. noch durchaus im Bereich erwartungsgemäßer Streuung läge, während unserer Berechnung die durchschnittliche von 17 Proz. zugrundelag. Besonders wertvoll ist natürlich die Berechnung der oberen Grenzen des mittleren Fehlers, da bei vorsichtiger Auswertung von Zahlenmaterial nur aus Abweichungen, die jene überschreiten, Schlüsse gezogen werden dürfen. In unserem Beispiel finden wir die obere Grenze naturgemäß in einfacher Weise durch Einführung des maximal zu erwartenden Wertes der Sterblichkeit in die bekannte Formel. Es ergibt sich dann: $\sqrt{\frac{p_1 p_2}{n}} = \sqrt{\frac{28.25 \cdot 71.75}{100}} = 4{,}57$ — Werte die zwischen $17 - 3 \cdot 4{,}57 = 3{,}29$ Proz. und $17 + 3 \cdot 4{,}57 = 30{,}71$ Proz. liegen, haben damit keine Bedeutung. In dem angenommenen Beispiel dürften wir also mit der nötigen Vorsicht von einer geringen Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit sprechen, nicht aber eine sehr beträchtliche annehmen, wozu man bei oberflächlicher Betrachtung und der einfachen Berechnung des mittleren Fehlers, die Null ergibt, versucht wäre. Diese indirekte Form der Berechnung muß deshalb, soweit die nötigen Grundlagen dazu vorhanden sind, in solchen Grenzfällen unbedingt Anwendung finden.

Bei unbekannter durchschnittlicher Häufigkeit eines Ereignisses, ein Fall auf den mich Lenz besonders hinwies, ergibt die gewöhnliche Form der Berechnung natürlich gleichfalls den Wert Null für den mittleren Fehler, wenn unter n Beobachtungen das Ereignis vermißt wird. Der oben dargestellte Weg indirekter Bestimmung des mittleren Fehlers ist dann ungangbar.

Solches Zahlenmaterial gestattet dann nur den einen Schluß, daß der Umfang der bisherigen Beobachtungen nicht ausreicht, um darauf statistische Schlüsse zu bauen. Es verbietet jedoch die Vorsicht aus diesem negativen Ergebnis irgendwelche Ableitungen zu machen, wenn man vor Irrtümern gesichert sein will. Die Zahlen besagen eben dann lediglich, daß unter n Beobachtungen das bestimmte Ereignis vermißt wird.

Kritische Besprechungen.

Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1911—1913 u. 1914—1916. Mediz.-statist. Mitteilungen aus dem Reichs-Gesundheitsamt, Bd. 21. Berlin, J. Springer, 1920. Text 93, Tabellenwerk 276 Seiten. Preis M. 96,—.

Eine Krankenhausstatistik wissenschaftlich nutzbar zu machen, ist sehr schwierig, sie darf aber trotzdem nicht unterlassen werden, da man nur durch sie zu einer Kenntnis der Entwicklung des Krankenhauswesens gelangen kann. Hierzu sind Rückblicke notwendig, so weit zurück, als es die Führung der Statistik gestattet; in dem vorliegenden Bericht sind sie (erstmals in diesen Berichten) bis 1877 zurück gegeben. Dabei ist zu berücksichtigen, daß einige Änderungen im Laufe der Jahre vorgenommen wurden; vom Jahre 1902 an wurden die Anstalten für Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenkranke zu den Anstalten für Geisteskranke gezogen und die Privatanstalten mit 10 oder weniger Betten, die bisher in die Statistik aufgenommen waren, nicht mehr mitgerechnet. Die militärischen Heilanstalten und die Siechen- und Pfründneranstalten sind von der Statistik ausgenommen, in letzteren sind ja häufig nur gebrechliche Personen untergebracht.

Der vorliegende Bericht erstreckt sich auf die beiden Triennien 1911—13 und 1914—16; eine Besprechung und Durcharbeitung hat das erste Triennium erfahren, für das zweite sind nur die Tabellen mitgeteilt, da eine Zusammenfassung mit den Jahren 1917—19 vorgesehen ist, um ein „geschlossenes Bild von der Tätigkeit der Heilanstalten während des Krieges zu erhalten." In den Jahren 1914—16 waren die Heilanstalten zu einem guten Teil von Heeresangehörigen belegt; diese sind aber nicht in die Statistik aufgenommen, worauf bei einem Gebrauch der Tabellen wohl zu achten ist.

Die Anstalten für Universitätslehrzwecke wurden seit 1902 besonders aufgeführt. In dem vorliegenden Bericht ist davon Abstand genommen, um Raum zu sparen, und weil die bisherige Statistik dieser Anstalten nichts von Belang ergeben hat. Dagegen ist die Trennung in öffentliche und private Anstalten beibehalten.

Dem Bedürfnis an Krankenhausbetten — insbesondere in den Großstädten — wurde durch Gründung neuer Anstalten, und zwar besonders großer Anstalten Rechnung getragen. Die Zahl der verfügbaren Betten und die Ausnützung derselben in den allgemeinen Krankenhäusern und den Anstalten für Geisteskranke ist aus den folgenden Ziffern zu erfahren.

Jahr	Auf 10000 Einwohner kommen				Auf 1 Anstalt kommen Betten		Auf 1 Bett kommen verpflegte Kranke		Auf 1 Kranken Verpflegungstage	
	Betten		Verpflegte							
	öff. A.	priv. A.	öff. A.	priv. A.	öff. A.	priv. A.	öff. A.	priv. A.	öff. A.	priv. A.
	Allgemeine Krankenhäuser									
1881	14,6	3,1	105,4	14,9	40,7	36,7	7,2	4,8	27,0	39,1
1891	18,9	6,1	136,1	31,7	49,4	43,2	7,2	5,2	28,3	40,1
1901	21,4	10,2	160,8	64,1	57,6	45,1	7,5	6,3	29,0	34,7
1911	25,7	15,9	225,7	126,0	71,2	58,4	8,8	7,9	27,0	29,7
	Anstalten für Geisteskranke usw.									
1881	6,9	1,8	9,2	1,8	292,0	67,6	1,3	1,0	255,8	269,4
1891	9,6	2,8	13,0	3,0	354,2	92,2	1,4	1,1	251,9	275,6
1901	12,7	3,5	17,8	3,9	431,5	115,4	1,4	1,1	244,3	284,7
1911	17,5	5,9	26,5	8,9	509,9	122,3	1,5	1,5	229,1	204,2

Die Abnahme der Verpflegungsdauer für einen Kranken ist in den Privatanstalten besonders groß; bei den allgemeinen Anstalten handelt es sich vielfach um chirurgische Privatkliniken, welche ein Interesse daran haben, daß die Operierten die Anstalt möglichst bald wieder verlassen, um anderen Kranken Platz zu machen; bei den Anstalten für Geisteskranke usw. kommt wohl die Einbeziehung der Anstalten für Nervenkranke seit 1902 hierbei in Betracht, außerdem die Abnahme der Scheu vor diesen Anstalten, die ihnen auch leichter Kranke zuführt.

Die tatsächliche Ausnützung der Krankenhäuser kann man aus dem Produkt der zwei letzten Rubriken ersehen, das die Zahl der Verpflegungstage auf ein Bett im Jahr angibt (von mir nach den Grundzahlen berechnet):

	Allgemeine Krankenhäuser		Anstalten für Geisteskranke usw.	
	öffentliche	private	öffentliche	private
1881	194,2	186,6	340,5	281,1
1891	204,0	208,7	342,6	298,2
1901	217,3	217,5	341,6	321,8
1911	237,3	236,1	347,5	307,8

Bei dem häufigen Wechsel der Kranken in den allgemeinen Krankenanstalten und bei dem geringeren Zugang in manchen Monaten muß diese Ausnützung der Krankenbetten als sehr hoch bezeichnet werden; bei den Anstalten für Geisteskranke usw. mit ihrem geringeren Wechsel ist die Belegziffer natürlich an sich größer, die überaus hohen Ziffern deuten aber darauf hin, daß die Belegung in den öffentlichen Anstalten dauernd an die Grenze der Aufnahmefähigkeit heranreicht.

Aus der Statistik der Art der Erkrankung läßt sich nicht viel ersehen, da die Zunahme gewisser Erkrankungen nicht immer auf einer größeren Häufigkeit derselben beruht, sondern oft auch darauf, daß diese mehr den Krankenhäusern zugeführt werden als vorher. In dem Bericht werden die Triennien 1902—04 u. 1911—13 miteinander verglichen; eine Zunahme zeigen die Krankheiten, bei denen die Krankenhausbehandlung sich als besonders wertvoll erwiesen hat (z. B. Lungentuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Krebs, Verletzungen).

Letalitätsziffern sind für die vier Triennien 1902—13 gesondert berechnet; wenn man auch diesen Ziffern nicht allen Wert absprechen kann, so ist doch zu bedenken, daß oft bei der Zunahme der Krankenhausbehandlung bei einer Erkrankung (z. B. infolge einer neuen Behandlungsart) eine größere Zahl leichterer Fälle in das Krankenhaus kommt, was die Letalitätsziffer für sich allein herabsetzt. Auffallend ist die Erhöhung derselben bei den Verletzungen.

Eine umfangreiche Tabelle (von 84 Seiten) bringt für die Gestorbenen die Kombination zwischen der Krankheit, wegen deren die Aufnahme erfolgte, und einer noch hinzutretenden Krankheit. Man erhält dadurch zahlenmäßige Nachweise, welche Krankheiten für sich allein zum Tode führen und bei welchen eine Komplikation häufiger als Todesursache in Betracht kommt. Wegen der großen Kosten soll diese Bearbeitung künftig nicht mehr vorgenommen werden; es wäre aber vielleicht möglich für die verhältnismäßig geringe Zahl von Krankheiten, bei denen Komplikationen häufig den Tod herbeiführen (z. B. Scharlach, Masern, Keuchhusten, Grippe,

Gelenkrheumatismus, Rachitis, Knochenbrüche), diese Kombination auch künftig beizubehalten, da sich hierbei je nach der Art der Epidemien oft größere Unterschiede zeigen.

Die Mängel der deutschen Krankenhausstatistik sind nicht ihrer Bearbeitung, sondern ihrer unvollkommenen Anlage zur Last zu legen. Letzteres macht sich namentlich bei der Statistik der Irren- und Entbindungsanstalten bemerklich. Für das Kindbettfieber z. B. ist nicht einmal eine Trennung nach ausgetragenen Geburten und nach Fehlgeburten vorgenommen.

Prinzing (Ulm).

Statistik Årsbok för Stockholms stad 1920. Utarbetad av Stockholms stads statistiska kontor. Stockholm 1920, K. L. Beckmans Boktryckeri. 361 Seiten. Preis 5 Kr.

Ein gutes Statistisches Jahrbuch soll nicht nur eine alljährliche übersichtliche Zusammenstellung des Bevölkerungsstandes, der Bevölkerungsentwicklung, der wirtschaftlichen und Wohnungsverhältnisse, des Aufwands für kulturelle und Wohltätigkeitszwecke geben, sondern es soll zugleich die historische Entwicklung dieser Dinge erkennen lassen. Diese mag den Eingeborenen vertraut sein, der Fernerstehende aber hat selten eine lange Reihe dieser Jahrbücher vor sich, aus denen er sich die historischen Zusammenhänge selbst mit Mühe herausarbeiten kann. Das Statistische Amt Stockholms ist in der glücklichen Lage, wegen der frühzeitigen Entwicklung der Statistik in Schweden die Bevölkerungsvorgänge bis zum Jahre 1720 zurückverfolgen zu können. Es wird da z. B. in Tabelle 27 so recht deutlich vor Augen geführt, wie ungünstig die Geburten- und Sterbefallbewegung in Stockholm (wie in allen anderen damaligen Städten!) im 18. und noch bis über die Mitte des 19. Jahrhunderts war; vor dem Jahre 1860 hatten nur ganz wenige Jahre einen Geburtenüberschuß, trotz hoher Heirats- und Geburtenziffer, bis 1820 war nur eine ganz geringe Bevölkerungszunahme zu verzeichnen. Die Volkszahl konnte sich bei dem großen Überschuß der Sterbefälle über die Geburten nur durch eine bedeutende Zuwanderung erhalten, erst von 1860 an war mit dem Eintreten eines Geburtenüberschusses das Wachstum ein rascheres. Wie in Stockholm, so war es in allen anderen europäischen Städten und es ist dem Leiter des Statistischen Amts der Stadt Stockholm, J. Quinchard, als Verdienst anzurechnen, daß er der Bevölkerungspolitik ein derartiges Beispiel in so vollkommener Form zur Verfügung gestellt hat. Über manche besonderen Ver-

hältnisse werden bis 1750, 1820 oder wenigstens bis 1860 zurück Tabellen mitgeteilt, bis 1750 zurück über die Häufigkeit des Selbstmords, des Todes durch Ertrinken, der Totgeburt, der unehelichen Geburt, bis 1820 zurück über den Altersaufbau der Bevölkerung und über die Kindersterblichkeit, bis 1851 zurück über die Sterblichkeit nach Altersklassen.

Besondere Aufmerksamkeit ist der Gesamtheit des Gesundheitsdienstes gewidmet. Aus den Medizinalberichten ist eine Totalübersicht über das ganze Gesundheitswesen zusammengestellt, der Abschnitt Hygiene berichtet über Schlachthaus, Markthallen, Viehmärkte, Nahrungsmittelkontrolle, über die Reinhaltung der Stadt, Bäder, Beerdigungen, unter gleichzeitiger Angabe des hierzu nötigen Aufwands. Auch die übrigen Abschnitte des Jahrbuchs enthalten zahlreiche Tabellen, die für die öffentliche Gesundheitspflege wichtig sind, so die Alkoholstatistik, die Bestrafungen wegen Trunkenheit, die Armenfürsorge, die Wohnungsstatistik, die Fürsorge für uneheliche Kinder.

Auch in Stockholm gab es in der zweiten Hälfte des Krieges Ernährungsschwierigkeiten. Die Lebenskosten für eine 4köpfige Familie betrugen im Juli 1914 etwa 2000 Kr.; im Dezember 1919 dagegen 5173 Kr., die Arbeitslöhne sind in dieser Zeit um das $2^1/_2$fache gestiegen. Die Lebensmittelrationierung dauerte vom 1. April 1917 bis 14. Juli 1919.

Das Jahrbuch gibt ein treffliches Bild der Tätigkeit der Stadt auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege; die Stadtverwaltung von Stockholm darf dem rührigen und einsichtsvollen Leiter ihres Statistischen Amts, J. Guinchard, dankbar dafür sein, daß er ihre umfangreiche Tätigkeit auf gesundheitlichem Gebiet in so ausdrucksvoller Weise vor Augen führt. Auch für die soziale Hygiene ist das Jahrbuch von großem Wert, einesteils wegen des Rückblicks auf die Bevölkerungsstatistik zweier Jahrhunderte, andererseits wegen der reichlichen Zahlennachweise darüber, was eine gute Gesundheitspflege alles zu leisten hat und leisten kann.

Prinzing (Ulm).

Methorst, H. W., en **Saltet, R. H.**, Invloed van den oorlogstoestand op de sterfte in Nederland. (Einfluß des Kriegszustands auf die Sterblichkeit). 1918. 59 S.

Die allgemeine Sterblichkeit hat in den Niederlanden 1914 bis 1917 nur wenig zugenommen, man darf aber nicht daraus schließen, daß die Bevölkerung nicht durch mangelhafte Ernährung

gelitten habe. Daß eine solche bestand, beweisen die Auszüge aus den Berichten der Arbeitskammern, in denen aus allen Teilen des Landes über abnehmende Arbeitsleistung infolge von Unterernährung berichtet wird. Methorst und Saltet nehmen daher an, daß die Gesamtsterbeziffer Einzelheiten verdecke und lösen sie in eine Sterblichkeit der einzelnen Altersjahre auf. Dies war schwierig, weil seit 31. Dez. 1909 keine Volkszählung vorgenommen wurde, daher mußte die Zahl der Lebenden nach Maßgabe der gesamten Bevölkerungszunahme unter Berücksichtigung des Geburtenrückgangs berechnet werden. Dies konnte nur für das ganze Land, nicht für die Städte und einzelnen Provinzen geschehen, da sich die Wanderungen für dieselben nicht in Rechnung stellen ließen. Die Kindersterblichkeit hat abgenommen, teils infolge des Rückgangs der Geburten, teils infolge der von vielen Ärzten bezeugten Zunahme des Stillens; die Sterblichkeit von 1—4 Jahren hat mäßig, die von 5—13 und 14—19 Jahren sehr stark zugenommen, auch bei 20—30 Jahren zeigt sich eine Zunahme, weniger bei 30—65 Jahren, wonach sie wieder zunimmt. In den Städten ist sie größer als auf dem Lande.

Eine Zunahme der Erkrankungen der Atmungsorgane und des Krebses liegt nicht vor. Von den Infektionskrankheiten haben zugenommen der Bauchtyphus (1916 211 und 1917 315 Sterbefälle), die Diphtherie (1916 406 und 1917 545 Sterbefälle) und die Genickstarre, die vordem nur sporadisch aufgetreten war (1916 226 Erkrankungen mit 92 und 1917 580 mit 266 Todesfällen). Vor allem aber wurde die Tuberkulose häufiger. Die Sterblichkeit hieran war 1917 wieder höher als 1910, in den Städten war die Zunahme größer als auf dem Lande, besonders in den Großstädten (namentlich in Amsterdam und Rotterdam). Die Ursache wird in der ungenügenden Ernährung (insbesondere dem Fettmangel) und in mangelhaften Wohnungsverhältnissen gesucht. An Tuberkulose überhaupt starben auf 10000 Einwohner

	1910	1914	1917
in Gemeinden mit unter 5000 Einwohnern	15,12	13,60	16,73
„ „ „ 5000— 20000 „	15,47	13,82	17,61
„ „ „ 20000— 50000 „	16,01	15,14	19,96
„ „ „ 50000—100000 „	14,63	11,68	18,26
„ „ „ über 100000 „	16,08	14,60	19,67
im ganzen Reich	15,53	13,98	18,18

Aus späteren Veröffentlichungen des niederländischen Statistischen Amts mag noch beigefügt sein, daß der Bauchtyphus auch

später noch zugenommen hat (1918—1920 der Reihe nach 692, 574 und 313 Sterbefälle); die Zahl der Sterbefälle an Diphtherie hat sich 1918 auf 972 erhöht, war 1919 814 und ist 1920 auf 501 zurückgegangen. Die Genickstarre ist wieder seltener geworden, aber bis 1920 immer wieder in kleinen Epidemien aufgetreten. Die Tuberkulose hat 1918 auf 10000 Einwohner 20,17 Todesfälle verursacht, ist dann aber rasch zurückgegangen, so daß 1920 nur 14,61 Sterbefälle hieran auf 10000 Einwohner kamen.

Prinzing (Ulm).

Der Wiederaufbau der Volkskraft nach dem Kriege. Sitzungsbericht über die gemeinsame Tagung der ärztlichen Abteilungen der Waffenbrüderlichen Vereinigungen Österreichs, Ungarns und Deutschlands in Berlin 23.—26. Januar 1918. Herausgegeben vom Vorstand der ärztlichen Abteilung der Reichsdeutschen Waffenbrüderlichen Vereinigung, in dessen Auftrag redigiert von Prof. Dr. Kirchner, Ministerialdirektor, und Prof. Dr. Adam. Jena 1918. G. Fischer. 525 Seiten. Preis M. 16,—.

Die genannte Tagung der Waffenbrüderlichen Vereinigungen, die leider nur kurzen Bestand hatten, steht ganz auf dem Boden eines glücklichen Ausganges des Krieges. Die zahlreichen Berichterstatter skizzieren, meist ganz kurz, die Fragen, die hierbei auf vielen Gebieten auftauchen. Diese verschiedenen Gebiete sind in drei Gruppen geteilt: 1. Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. 2. Schutz und Kräftigung der Jugend. 3. Herabsetzung der Sterblichkeit durch zielbewußte Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten.

In der ersten Gruppe werden die bevölkerungspolitischen Probleme und Ziele im allgemeinen von Krohne (Berlin) und Tandler (Wien) umschrieben, über Säuglingssterblichkeit sprachen Tauffer (Budapest) und Langstein (Berlin), über Säuglings- und Kleinkinderschutz Dippe (Leipzig), über die Kinderheilkunde Nögerrath (Freiburg i. Br.), v. Pirquet über ein eigentümliches System der Ernährung, dem zugrunde gelegt ist, daß der Nahrungsverbrauch nicht dem Körpergewicht, sondern der resorbierenden Darmfläche parallel geht, welch letztere dem Quadrat der Sitzhöhe entspreche. Über die von Czerny in dem Vortrag: „Was ist bei Kindern angeboren, was erworben?" ausgesprochenen Ansichten kann man zum Teil anderer Ansicht sein; manche der Anomalien, auf die Czerny anspielt, sind sicher nur die Folge ungünstiger sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse; daß die Säuglingssterb-

lichkeit eine Auslese konstitutioneller Minderwertigkeiten sei, wird wohl niemand mehr ernstlich glauben; wenn man z. B. in Zürich eine Kindersterblichkeit von 7—8 Proz. der Lebendgeborenen und in Bayern eine solche von 20 Proz. trifft, soll man da annehmen, daß die konstitutionellen Minderwertigkeiten in Bayern so viel häufiger sind als in Zürich?

Dem Schutz und der Kräftigung der Jugend sind Vorträge von Abel (Jena), Dollinger (Budapest), Burgerstein (Wien), Schmidt (Bonn), Leu (Berlin) und Ritter (Berlin) gewidmet, der Schularztfrage solche von Thiele (Chemnitz), Winter (Wien) und Gastpar (Stuttgart).

Zu der Herabsetzung der Sterblichkeit durch Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten sprachen in allgemeiner Hinsicht Jendrassik (Budapest), Wassermann, Hetsch, Lentz, Flügge (Berlin), letzterer über die Bedeutung der Wohnung für diese Frage; dann folgen Vorträge über die Bekämpfung der Tuberkulose von Kraus (Berlin), Teleky (Wien), Mager (Brünn), Böhm (Wien) und Neufeld (Berlin), über Pocken von Paul (Wien) und Gins (Berlin), über Diphtherie Braun (Berlin), über Demobilisierung Dörr (Wien), über Geschlechtskrankheiten Finger (Wien).

Diese Massenvorführung wichtiger Fragen der sozialen Hygiene gleicht mehr einer glänzenden Parade als einer wissenschaftlichen Durcharbeit derselben. Wir hören, was zur Kräftigung unseres Volkes zu tun gewesen wäre — wenn wir gesiegt hätten. Nun ist alles anders. Die Verarmung Mitteleuropas, mit welcher wir sicher für einige Jahrzehnte rechnen müssen, macht sich jetzt schon, wo wir noch im Milliardensegen der Banknotendruckpresse leben, in bedenklichster Weise geltend; immer mehr wird dies der Fall werden, wenn dieser Papiersegen seine Kaufkraft verlieren und dem Staat, den Gemeinden und den einzelnen dadurch zum Bewußtsein gebracht wird, daß die notwendigste Vorbedingung zu jeder umfassenderen hygienischen Maßnahme, das Geld fehlt.

Prinzing, Ulm.

1. **Kopf, Edwin W.,** Essentials of Family Statistics. Sonderabdruck aus den „Proceedings Casuality Actuarial and Statistical Society of America“, Vol. V, Part I, No. 11. 16 S.

2. **Dublin, Louis J.,** The present Status of Birth Registration in American Cities and Its Relation to the Infant Mortality Rate. Sonderabdruck aus den „Trans-

actions Seventh Annual Meeting of the American Association for Study and Prevention of Infant Mortality. 1917. 14 S.

3. **Derselbe,** The Significance of the Declining Birth Rate. Sonderabdruck aus „Congressional Record", January 11, 1918. Washington. 7 S.

4. **Derselbe** und **Langman, Harry,** „On the Handicapping of the First Born", a Criticism of Professor Pearson's 1914 Memoir. Sonderabdruck aus „Quarterly Publication of the American Statistical Association". December 1915. 9 S.

Diese Veröffentlichungen liegen zwar schon einige Jahre zurück, verdienen aber auch jetzt noch, in deutschen Fachkreisen bekannt zu werden. Und mir persönlich ist es eine Freude, durch ihre Anzeige ein klein wenig mitzuhelfen, daß sich die schöne Einheit der internationalen Republik des Geistes endlich wieder fester schließe. Ich will etwas ausführlicher berichten, da die Schriftchen selbst bei uns nur wenigen zugänglich sein werden.

1. Kopf gibt einen Überblick über die familienstatistischen Nachweise, die eine wohlgegründete Sozialpolitik und namentlich die Sozialversicherung als empirische Unterlage für ihre Maßnahmen brauchen. Wir sind verpflichtet, die Sozialstatistik zu fragen, weil alle Sozialversicherung sich auf dem Grund von einwandfrei ermittelten sozialen Tatsachen aufbauen muß. Zu erstreben ist ein amerikanisches Programm der Arbeiterversicherung auf Grund der Kenntnis und nicht der Vermutung der amerikanischen Familienverhältnisse. Neben der Statistik der Aggregation der Menschen, wo nur die Individuen nach gewissen Merkmalen der Rasse, des Berufs, Alters usw. gezählt werden, ist die Statistik der menschlichen Assoziation noch vernachlässigt. Und doch sollte gerade auf ihr in erster Linie die Versicherungswissenschaft sich aufbauen und wird es in Zukunft auch. Kopf beschäftigt sich im besonderen mit der Assoziationsform der Familie als der primären sozialen Einheit und zwar nach ihrer biologischen und sozialen Seite. Eine spätere Arbeit soll auf die wirtschaftliche Seite der Familie (Haushalt usw.) eingehen. Kopf unterscheidet:

a) die Bildung oder Erneuerung von Familien,
b) die Auflösung von Familien durch Trennung der Beziehungen zwischen den Ehegatten (durch Tod und Scheidung) und durch das Ausscheiden der erwachsenen Kinder,

c) die Lebensbetätigung der Familie (Aufzucht des Nachwuchses).

Diesen drei Gruppen sozialer Kinetik (oder Fortschritt der Gesellschaft) steht gegenüber als Studie sozialer Statik:

d) der familienweise Aufbau der Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkte.

Für letzteres sind die Materialien wesentlich den Volkszählungen zu entnehmen, während die Quelle für a—c die Statistik der Bevölkerungsbewegung ist.

Ich hebe nun einige Einzelheiten heraus. Als unentbehrlich für jeden, der mit Fragen der amerikanischen Arbeiterfamilien und ihres Schicksals zu tun hat, wird das Sammelwerk von Rubinow, Zueblin, Talbot und Chapin in American Journal of Sociology vom März 1909 genannt, das auf der Veröffentlichung des Census Bureau über die Heirats- und Scheidungsstatistik von 1909 beruht. — Die amerikanischen Quellen über die Auflösung der Familien durch den Tod fließen spärlich [1]), erst recht fehlen Angaben über die Schädigungen der Familien durch akute oder chronische Krankheit und durch Unfall. Letztere Nachweise werden neuerdings von einer Gruppe amerikanischer Sozialarbeiter gefordert. Sie haben ein Schema aufgestellt für die sozialen Mängel der Familie und darin neben dem Tod auch die Krankheiten und die Verunglückungen aufgenommen. — In der Sektion für Vital Statistics der American Public Health Association wurde der Vorschlag gemacht, im Interesse der Sozialversicherung den amtlichen Totenscheinen der Ehegatten drei Fragen einzufügen über die Zahl der lebendgeborenen Kinder, der beim Tod des Ehegatten lebenden Kinder und über die Ehedauer [2]).

Über die Ehescheidungen ist in Amerika reiches Material vorhanden. Im Anschluß an den ersten Bericht des Department of Labor und an den zweiten Bericht des Census Bureau über Eheschließungen und -scheidungen sind auch zahlreiche Untersuchungen erschienen. Vielleicht hat man den Scheidungen sogar zu viel Aufmerksamkeit gewidmet im Vergleich mit den doch viel wichtigeren Ehelösungen durch den Tod. Namentlich die Ehelösungen auf Grund vermeidbarer Sterbefälle sollten untersucht werden.

---

[1]) Die einzige Untersuchung: Walter F. Willcox, Special Report on Vital Statistics im Jahresbericht 1912 des New York State Department of Health, S. 237.

[2]) „Family Statistics from Registration Sources". American Journal of Public Health, Dezember 1918.

Verfasser macht aufmerksam auf zwei Schriften von Willcox und Baines[1]), welche lediglich auf Grund der Volkszählungsangaben die Fruchtbarkeit verschiedener Bevölkerungsgruppen zu ermitteln suchen, indem sie die Zahl der vorhandenen Kinder bis zu fünf Jahren auf die Ehefrauen in gebärfähigem Alter beziehen. Kopf verhehlt sich freilich nicht, daß diese „Fruchtbarkeitsziffer" außer von der Geburtenhäufigkeit auch von der Sterblichkeit der Kinder wie der Erwachsenen und vom Heiratsalter abhängt. — Über die Aufzucht der Kinder bis zu höherem Alter empfiehlt er als vorzüglich die englischen Untersuchungen über „The Mortalities of Birth, Infancy and Childhood".[2]) Derartiges Material sei wichtig für manche Fragen der Mutterschafts- und Familienversicherung. — Die für die Mutterschaftsversicherung ferner in Betracht kommenden Statistiken der eigentlichen Kindersterblichkeit sollten durchweg zwei völlig voneinander unterschiedene Gruppen der Todesursachen trennen: die „developmental factors", die bezeichnend sind für die Zeit vor und unmittelbar nach der Geburt (wie z. B. vorzeitige Geburt, angeborene Mißbildungen, Lebensschwäche), und die „environmental factors" wie Infektion, Ernährung, häusliche und klimatische Verhältnisse, die etwa nach Ablauf des ersten Lebensmonates wirksam werden. Angaben über die Größe der von den verstorbenen Gatten hinterlassenen Familien sind wichtig zur Abschätzung der Pensionen für Witwen = Mütter und für andere Versicherungsformen zur Fürsorge für die Kinder. Wertvoll sind hierfür vor allem die Ermittlungen über die überlebenden Kinder gelegentlich des Todes eines Ehegatten. Wo bei den Volkszählungen die Gesamtbevölkerung nach der Größe der abgeschlossenen oder laufenden Fruchtbarkeit ausgezählt ist, lassen sich durch Kombination mit den entsprechenden Angaben der Sterbefallstatistik besondere Sterbeziffern für die verschiedenen Familiengrößenklassen berechnen, wobei natürlich das Alter und andere Merkmale berücksichtigt werden müssen. Damit käme man der Frage nach der verschiedenen Sterblichkeit von Eltern großer, mittlerer und kleinerer Familien näher. — Bei den

[1]) Walter F. Willcox „The Nature and Significance of the Changes in the Birth and Death Rates in Recent Years". Quarterly Publications of the American Statistical Association, Vol. XV.

J. Athelstane Baines „The Recent Trend of Population in England and Wales". Journal of the Royal Statistical Society, Juli 1916. S. 399.

[2]) Hrsg. durch das Medical Research Committee, National Health Insurance. London 1917.

von Kopf wiederholt genannten familienstatistischen Nachweisen der Schweiz dürfte es sich um die Züricher Erhebungen handeln.

2. Der Aufsatz von Dublin (Statistiker der Metropolitan Life Insurance Company New York) zeigt, wie lückenhaft und unzuverlässig die Statistik über die Bevölkerungsbewegung in vielen Orten der Vereinigten Staaten auch jetzt noch ist. Namentlich gelangen die Geburten nur sehr unvollständig zur amtlichen Kenntnis. Die Todesfälle werden in der überwiegenden Mehrheit der Städte und Staaten des Registration Area, welches jetzt über zwei Drittel der gesamten Bevölkerung ausmacht „nahezu vollständig" erfaßt. In den ungünstigsten Fällen fehlen höchstens 10 Proz., oft viel weniger. Mit der Erfassung der Geburten steht es viel schlechter. Das beweist Verfasser an der Hand verschiedener Rechenverfahren, welche die faktische Unmöglichkeit der vorhandenen statistischen Ergebnisse zeigen: z. B. blieb für das Jahr 1910 in 23 der 144 von ihm berücksichtigten Städte (in 15,9 Proz.) die Zahl der Geburten entschieden hinter dem Volkszählungsbestand an Kindern unter einem Jahre zurück. Oft sind ferner die zeitlichen Schwankungen der Geburtsziffer von unmöglicher Stärke; besonders steigt die Geburtenziffer neuerdings verdächtig schnell, so daß also zum mindesten die früheren Nachweise sehr lückenhaft waren.

Einen Ersatz für die Unvollständigkeit der Geburtsstatistik läßt Dublin nicht gelten: Weder die Beziehung der gestorbenen Säuglinge (a) auf die bei der Volkszählung lebenden Säuglinge noch (b) auf die Gesamtheit der lebenden Bevölkerung oder (c) auf die Gesamtheit der Gestorbenen aller Altersklassen. Er verlangt deshalb zur Abhilfe einmal, daß die Meldepflicht für die Geburten endlich allgemein in allen Staaten gesetzlich eingeführt wird und daß die Durchführung der zu erlassenden und bereits erlassenen Gesetze auch tatsächlich erzwungen wird. Zum anderen schildert er den Versuch seiner Versicherungsgesellschaft, welche durch ihre Agenten tausende von Postkarten im Lande verteilen läßt, worauf die Entbundene dem statistischen oder Gesundheitsamt die Geburt anzeigt. Um die Mütter zum Ausfüllen und Einsenden der Karte aufzumuntern, enthält diese eine Aufforderung an die Gesundheitsbehörde, Literatur über die Hygiene des Kindes zu senden.[1]) Darunter steht: „Die Versicherungsgesellschaft braucht dieses Mittel, um die Geburtenstatistik zu verbessern und die Kinderhygiene zu fördern." Die Karten können zugleich dazu dienen, die mit der

[1]) Please send me your literature on how to keep my baby well.

Anmeldung der Geburten säumigen Ärzte und Hebammen zu ermitteln und der Bestrafung zuzuführen, was Dr. Wilbur für den Staat New York bereits geplant haben soll.

3. Der gleiche Verfasser gab gelegentlich seines Rücktritts als Vizepräsident der Sektion für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der American Association for Advancement of Science in Pittsburgh einen ganz kurzen Überblick über den allgemeinen Rückgang der Geburtlichkeit,[1]) und hebt warnend die im ungünstigen Sinne auslesende Wirkung des Geburtenrückgangs hervor. Da die wirtschaftliche Lage eng zusammenhänge mit Tüchtigkeit und sozialem Wert, so müssen niedere Geburtsziffern in den oberen Schichten, den best equipped groups des Volkes, die aufbauende Kräfte nationaler Entwicklung verringern. Das sei die notwendige Wirkung auf die vitale Konstitution der nächsten Generation.

In den Vereinigten Staaten ist vor allem der Bestand der eingeborenen Bevölkerung bedroht, da große Teile derselben nicht mehr sich selbst erhalten, weil ihre Ehen nicht mehr die vier Kinder hervorbringen, die unter den gegenwärtigen Verhältnissen für die überhaupt gebärfähigen Ehen nötig sind, damit die Bevölkerung nur stationär bleibe. Die Bevölkerungsbilanz neigt immer mehr zugunsten der wirtschaftlich Unfähigeren. „The best blood of America is being constantly thinned ont by the exercise of a conscious limitation of births and is being replaced by a stock of a different order. Our national standards are being leveled to meet more and more the lower quality of our population.“

Der Vortragende glaubt, daß an diesen Zuständen der Staat viel schuld ist und ändern kann. Auf dem Gebiete der Erziehung fehle die Pflege nationaler Ideale, namentlich müßten die alten Tugenden der Weiblichkeit wieder gelehrt werden. Zweitens müsse der Staat die Frauen belohnen, die zur Erfüllung ihrer Pflicht gegen den Staat bereit sind, Familien normaler Größe aufzuziehen. Zu allererst müssen öffentliche Maßnahmen der gesunden und normalen Bevölkerung das Gebären erleichtern. Letzten Endes aber sei die individualistische Selbstsucht die Quelle des Übels. Man scheue sich vor der Mühe der Kinderaufzucht. Die Kinder sind heute kein wirtschaftlicher Vorteil mehr. Das Problem der

---

[1]) Er erwähnt dabei den Bericht der französischen Kommission für Entvölkerung und Arbeiten von Bertillon, Bainer, Willeox, Philips (Geburtenziffer unter den Graduierten der Yale- und Harvard-Universitäten), Cattell (Untersuchungen über 643 amerikanische Gelehrte).

Familiengröße könne deshalb wie so manche andere soziale Fragen nur gelöst werden, wenn die Menschen den heiligen Zweck des Lebens verwirklichen. Daß wir hier sind, um die Summe des Guten in der Welt zu vermehren, daß wir die Welt besser zurücklassen müssen als wir sie finden.

Leider geht Dublin nicht auf die Frage ein, ob nicht etwa in mehr automatischer Weise statt durch Änderung der Gesinnung durch einschneidendere Umwälzungen im wirtschaftlichen Unterbau der Gesellschaft überhaupt die gegenwärtigen wirtschaftlichen Hemmungen größerer Kinderzahl aufgehoben würden. Dies wäre offenbar der andere Weg zu einer Besserung. Wenn das Nachlassen der Fruchtbarkeit eine Folge der ökonomischen Verhältnisse ist, so dürfte ohne deren Änderung ein Appell an die nationale Gesinnung in den meisten Fällen unwirksam bleiben.

4. An die Behauptung von Pearson,[1]) daß die erstgeborenen Kinder leichter der Tuberkulose verfallen als ihre nachkommenden Geschwister, haben sich lebhafte Erörterungen geknüpft, an denen sich auch Wilhelm Weinberg[2]) beteiligte. Im Jahre 1914 kam Pearson auf die Streitfrage ausführlich zurück.[3]) Aus allgemeinen Erwägungen wie durch eingehende Kritik der Pearsonschen Methode will der vorliegende Aufsatz beweisen, daß Pearson nicht recht hat. Sein Schrei gegen das erste Kind sei nicht begründet. Zu dem Versuch Stellung zu nehmen würde mich jetzt zu weit führen.

Wilhelm Feld.

---

[1]) „A First Study of the Statistics of Pulmonary Tuberculosis“ Studies in National Deterioration, Drapers Company Research Memoirs. London 1907.

[2]) „Die rassenhygienische Bedeutung der Fruchtbarkeit“. Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie Band 7 (1910), S. 684. — „Zur Frage der Messung der Fruchtbarkeit“. Daselbst Band 10 (1913), S. 162.

Vgl. u. a. auch Yule und Greenwood „On the Determination of the Size of Family and of the Distribution of Characters in Order of Birth from Samples taken through Members of the Sibships“. Journal of the Royal Statistical Society, vol. 77, 1913/14.

Macaulay „The Supposed Inferiority of First and Second Born Members of Families“. 1912.

[3]) „On the Handicapping of the First Born“. Eugenic Lecture, Series X. London 1914.

Hirsch, Max (Berlin), Leitfaden der Berufskrankheiten der Frau mit besonderer Berücksichtigung der Gynäkologie und Geburtshilfe im Lichte der sozialen Hygiene. Mit 30 Kurven, graphischen Darstellungen und zahlreichen Tabellen. Stuttgart 1919. Ferdinand Enke. 190 S. Preis M. 13,40.

Die Zunahme der weiblichen industriellen Tätigkeit in den letzten zwei Jahrzehnten und der große Umfang, den sie während des Krieges annahm, haben zahlreiche Veröffentlichungen über den Einfluß dieser Tätigkeit auf die Gesundheit des weiblichen Geschechts hervorgerufen. Max Hirsch hat den Versuch gemacht, eine Gesamtdarstellung dieser Einflüsse zu geben.

Zu Beginn werden, wie dies bei derartigen Arbeiten üblich geworden ist, statistische Übersichten gegeben, bei denen man eine bessere Durcharbeitung gewünscht hätte. Die Gewohnheit, zu einer Arbeit auf dem Gebiete der sozialen Hygiene statistisches Material zusammenzutragen, das die vorgebrachten Ansichten bestätigen soll, ohne darauf hinzuweisen, daß hieraus auch andere Schlüsse gezogen werden können oder daß es hierzu gar nicht geeignet ist, findet man heute fast allgemein. Sie ist eine der Hauptursachen, daß die Statistik bei vielen in so geringem Ansehen steht. Wer mit der Statistik vertraut ist, dem sagen diese Zusammenstellungen gar nichts, der Nichteingeweihte wird aber leicht irregeführt.

Hirsch gibt eine Übersicht über den Anteil der Frau in den Hauptkulturstaaten an der Erwerbsarbeit, wobei er Zahlen von Zahn anführt. Zahn sagt selbst, daß aus ihnen nichts geschlossen werden dürfe, sie geben nur einen schlechten Anhaltspunkt für die tatsächlichen Verschiedenheiten. Die Frauen arbeiten in vielen Betrieben mit, besonders in der Landwirtschaft, in der Hausindustrie und im Kleingewerbe, ohne hierfür eigentlichen Lohn zu erhalten; wo bei den Erhebungen nur die Entlohnten berücksichtigt werden, fallen jene ganz aus, wo dies nicht der Fall ist, hängt es von den die Zählungslisten ausfüllenden Personen ab, ob sie die Tätigkeit der Frau als Erwerbsarbeit auffassen. Findet die Erwerbsarbeit der Frau nur als Nebenberuf statt, so wird diese in Deutschland nur dann gezählt, wenn die Frau einen Hauptberuf ausübt. Den Ausschlag für die Höhe der Zahlen geben die mithelfenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft. Hirsch weist allerdings nachträglich darauf hin, daß Vergleiche zwischen den einzelnen Ländern „mit Vorsicht gezogen werden müssen“, es

wäre aber vorzuziehen gewesen an die Spitze der Tabelle zu schreiben, daß solche überhaupt nicht gezogen werden dürfen.

Die Erhöhung der Zahl der weiblichen Mitglieder der Krankenkassen seit 1885 soll „einen Begriff von dem Anwachsen der weiblichen Erwerbstätigkeit“ in Deutschland geben. Die Zunahme erscheint hierbei viel zu groß, da die Krankenkassenpflicht immer weiter und zuletzt auch auf die landwirtschaftlichen Berufe ausgedehnt wurde. Die starke Zunahme der erwerbstätigen Frauen nach den Berufszählungen von 1882—1907 ist zum Teil auf die vollständigere Erfassung der mithelfenden Familienangehörigen zurückzuführen, so kommt es, daß in der deutschen Berufszählung die Gesamtzahl der weiblichen Erwerbstätigen von 5541517 im Jahre 1882 auf 9492881 gestiegen ist; die Zahl der in der Industrie tätigen Frauen stieg von 1126976 auf 2103924.

Hirsch wendet sich dann der Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit der erwerbstätigen Frauen im allgemeinen zu und benützt hauptsächlich die Statistik der Leipziger Ortskrankenkasse. Er macht hierbei den an dieser Statistik oft gerügten Vergleich der Sterblichkeit dieser Kasse mit der allgemeinen deutschen Sterbetafel; die Leipziger Zahlen beziehen sich auf eine großstädtische Bevölkerung und bei den Kassen kommen nicht alle Sterbefälle zum Eintrag, sondern nur die, für welche Sterbegeld bezahlt werden muß. Bei den weiblichen Versicherten in Leipzig ist bis zum 35. Lebensjahre eine große Übersterblichkeit gegenüber den männlichen nachzuweisen, dadurch werde der „Einfluß der Erwerbstätigkeit auf die Lebensdauer der Frau ins rechte Licht gerückt“. Dies ist zu bezweifeln. Man nimmt sonst an, daß die Schädlichkeiten eines Berufs erst in den späteren Lebensjahren in einer erhöhten Sterblichkeit zum Ausdruck kommen und daß eine höhere Sterblichkeit im ersten Jahrzehnt der Berufstätigkeit auf einer Auslese bei der Berufswahl beruhe. Etwas Ähnliches ist auch für die Übersterblichkeit der jüngeren weiblichen Versicherten in Leipzig anzunehmen. Leider ist aus der Leipziger Statistik nicht zu ersehen, wie viele der weiblichen Erwerbstätigen verheiratet sind. Man darf annehmen, daß die verheirateten Erwerbstätigen aus dem sozial und wirtschaftlich niedriger stehenden Teil der Arbeiterbevölkerung hervorgehen; bei den weiblichen Ledigen ist es anders, da sie in allen Arbeiterfamilien bald einen Erwerb suchen müssen; im allgemeinen gehen kräftige Mädchen eher in einen Dienst in Familien, während schwächliche sich mehr dem Bekleidungsgewerbe, der Papier-

industrie, der Textilindustrie, in Leipzig auch dem Buchdruckereigewerbe zuwenden. Die Unterschiede der weiblichen Sterblichkeit gegenüber der männlichen sind bei der Leipziger Ortskrankenkasse so erheblich, daß wir sie ohne eine derartige Auslese nicht erklären können. Dabei ist zu bemerken, daß bei der Leipziger Statistik ein großer Teil der erwerbstätigen weiblichen Personen, die häuslichen Dienstboten nicht einbezogen sind, ein Ausfall an günstigen Leben, der den beim Mann durch die Einziehung zum Heeresdienst geschaffenen etwa um das 4—5fache übertrifft.

Die Häufigkeit der Erkrankungen mit Erwerbsunfähigkeit ist bei den weiblichen Mitgliedern im Alter von 20—55 Jahren größer als bei den männlichen. Es ist bekannt, daß diese Verhältnisziffer nicht als ein fester Maßstab der tatsächlichen Erkrankungshäufigkeit angesehen werden kann, da sehr viele Nebenumstände darauf einwirken, ob ein Arbeiter im Fall der Erkrankung von seiner Arbeitsstelle wegbleibt oder nicht. Im allgemeinen darf man annehmen, daß die weiblichen Versicherten im Erkrankungsfall eher den Arzt aufsuchen, als die männlichen. Dies geht z. B. daraus hervor, daß die Halsentzündung, die doch wohl in ihrem Auftreten der Zahl und der Schwere nach bei beiden Geschlechtern keinen Unterschied aufweist, beim weiblichen Geschlecht erheblich höhere Zahlen hat als beim männlichen. Auf 100 Versicherungspflichtige kamen Erkrankungen hieran mit Erwerbsunfähigkeit bei der Leipziger Ortskrankenkasse

Alter	männlich	weiblich	Alter	männlich	weiblich
15—24 Jahre	2,3	2,9	45—54 Jahre	0,7	1,2
25—34 „	1,6	2,1	55—64 „	0,4	0,5
35—44 „	1,0	1,2	65—74 „	0,3	0,1

Bei der Frankfurter Ortskrankenkasse kamen 1896 auf 100 Versicherte Erkrankungen an Angina mit und ohne Störung der Erwerbsfähigkeit

Alter	männlich	weiblich	Alter	männlich	weiblich
unter 20 Jahre	5,3	6,9	40—50 Jahre	2,1	2,6
20—30 „	4,4	6,3	50—60 „	2,3	1,7
30—40 „	3,4	4,5	über 60 „	2,1	—

Die Hauptursache der hohen Erkrankungshäufigkeit des weiblichen Geschlechts im Alter der Geschlechtstätigkeit sind die Blutarmut und Bleichsucht und die damit oft zusammenhängenden Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Nervensystems. Auf 100 Pflichtmitglieder kamen in Leipzig Erkrankungen an Blutarmut und Bleichsucht mit Erwerbsunfähigkeit

Alter	männlich	weiblich	Alter	männlich	weiblich
15–24 Jahre	0,4	7,7	45—54 Jahre	0,1	2,1
25—34 „	0,2	6,4	55—64 „	0,1	1,0
35—44 „	0,1	7,2	65—74 „	0,1	0,6

Die Anämie und Bleichsucht ist die gewöhnliche Erkrankung bei weiblichen Personen im Alter von 15—45 Jahren und ist auch bei Nichterwerbstätigen sehr häufig. Es ist selbstverständlich zuzugeben, daß diese Störung durch andauernde Arbeit in geschlossenen Räumen erheblich verschlimmert werden kann, es weiß aber auch jedermann, daß die weiblichen Arbeiterinnen, insbesondere die für sich lebenden, zu wenig von ihrem Verdienst für eine genügende Nahrung und zu viel auf andere Dinge verwenden.

Das Fehlen von Zahlen bei nichterwerbstätigen Frauen macht es leider unmöglich, Vergleiche mit diesen zu ziehen und Schlußfolgerungen in der von Hirsch befolgten Richtung zu machen. Dieser Mangel an richtigen Vergleichszahlen kommt in der ganzen Abhandlung immer wieder in derselben Weise zur Geltung, ein Übelstand, auf den man in den meisten derartigen Arbeiten stößt.

Wenn hier manche Einwände gegen die statistischen Angaben gemacht wurden, so soll damit nicht gesagt sein, daß nun auch die Ausführungen des Verfassers in gleicher Weise zu beanstanden wären. Es wird von ihm vielleicht manche Erkrankung der industriellen Tätigkeit in die Schuhe geschoben, deren eigentliche Ursache ganz wo anders zu suchen ist. Tatsächlich entstehen aber mancherlei Schädigungen der weiblichen Gesundheit durch die Gewerbearbeit und es wäre außerordentlich wichtig, diese Schädigungen festzustellen und darauf Maßnahmen zu bauen, durch welche sie beseitigt werden können. Leider versagen die bisherigen statistischen Erhebungen hierzu vollständig. Man ist daher auf klinische Beobachtungen angewiesen, bei denen sehr viel von dem subjektiven Ermessen des Beobachters abhängt.

Hirsch bespricht zuerst die „allgemeine Pathologie der weiblichen Berufskrankheiten“ und sodann die „spezielle Pathologie der weiblichen Gewerbekrankheiten“. Dieser Wechsel in der Bezeichnung ist nicht glücklich. Unter Gewerbekrankheiten versteht man solche Erkrankungen, die speziell durch ein Gewerbe erzeugt werden, wie Blei-, Phosphorvergiftung u. a., während andere Schädigungen durch den Beruf, die nicht spezifischer Art sind, wie z. B. die Tuberkulose nicht als solche gelten können. Der Ausdruck Berufskrankheit hat diese Nebenbedeutung nicht, wenn man

ihn in seiner allgemeinen Bedeutung, Schädigung der Gesundheit durch den Beruf versteht.

Ein besonderes Kapitel ist der Frauenarbeit im Krieg gewidmet. Daß hierbei die Frauen gesundheitlichen Schädigungen durch den Beruf während mehrerer Jahre ausgesetzt waren, wie es bei den Männern während ihrer ganzen Berufstätigkeit der Fall ist, haben wir alle gesehen. Die allgemeine Meinung war dabei, daß, wenn Hunderttausende von Männern zum Wohle des Vaterlandes ihr Leben dahingeben, auch die Frau ein Opfer an ihrer Gesundheit bringen müsse; daß dies jedermann bedauerte, ist klar.

Es wird niemals in einem Kulturstaat möglich sein, die gewerbliche Frauenarbeit abzuschaffen. Für die Ledigen wäre dies auch gar nicht erwünscht. Lassen sich Schädigungen verhüten, so wäre es volkswirtschaftlich nicht richtig, solche Vorsichtsmaßregeln nicht mit aller Strenge durchzuführen. Die gewerbliche Arbeit der verheirateten Frau außer dem Hause ist unter allen Umständen ein großes Übel; sie ist aber in zahlreichen Fällen darin begründet, daß der Verdienst des Mannes zum Unterhalt der Familie nicht ausreicht. Dies ist sehr häufig nicht die Ursache ungenügender Entlohnung der gewerblichen Arbeit, sondern davon, daß der Mann für sich zu viel verbraucht oder daß er kränklich ist und nicht genug verdienen kann. Ein Verbot der weiblichen Fabrikarbeit wäre in solchen Fällen eine Grausamkeit. Notwendig ist es, daß der Frau im Fall von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gesetzlich alle überhaupt möglichen Erleichterungen gesichert werden.

Vielleicht erheblicher als die gesundheitlichen Gefahren für die Frau ist die Schädigung des Familienlebens, worauf Hirsch zum Schluß kurz eingeht. Daß hierdurch die Geburtenbeschränkung in der Familie befördert wird, bedarf kaum des Beweises, der statistisch doch nicht einwandfrei beigebracht werden kann.

Die Schädigung der Gesundheit der Frau durch die Erwerbstätigkeit ist nicht eine den Kulturstaaten eigentümliche Erscheinung. Sie findet sich in den weniger kultivierten Ländern in viel höherem Grade. In ihnen spielt die Landwirtschaft überall die Hauptrolle und da ein großer Teil der landwirtschaftlichen Arbeit auf den Schultern der Frau liegt, so zeigen diese Staaten eine viel größere Übersterblichkeit der Frau gegenüber dem Mann im Alter der Geschlechtstätigkeit als in den eigentlichen Kulturländern.

F. Prinzing, Ulm.

Opitz, K. (Peine), Die Gesundheitsverhältnisse einiger Berufe mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Berufsberatung. Veröff. aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 9. H. 3. Berlin 1919. 92 S. Preis: M. 4,50.

Der Verfasser bringt vieles statistische Material zusammen, das aber zu dem Zwecke, zu dem es dienen soll, wenig geeignet ist. Er stützt sich auf die von Schwiening mitgeteilten Ziffern der Militäruntauglichkeit nach dem Beruf wegen verschiedener Krankheiten und Gebrechen und auf die Morbiditätsstatistik der Frankfurter und Leipziger Ortskrankenkasse. Er gibt wohl zu, daß die Höhe der Tauglichkeitsziffer und der Erkrankungshäufigkeit der jugendlichen Arbeiter nicht allein Folge des Berufes sei, aber tatsächlich ist dieser Einfluß viel geringer als der Verfasser annimmt. Nur bei einzelnen Fehlern, z. B. bei Kurzsichtigkeit und Plattfuß macht sich im jugendlichen Alter der Beruf (oder die Vorbereitung hierzu) mehr bemerklich, die meisten schädlichen Folgen eines Berufs kommen erst nach längerer Ausübung desselben zum Vorschein. Ich habe schon früher darauf hingewiesen, daß die hohe Erkrankungsziffer der jugendlichen Arbeiter hauptsächlich von den vielen kleinen Verletzungen herrührt, die in der Ungewandtheit derselben ihre Ursache haben, und von der großen Zahl leichter Erkrankungen, wie Mandelentzündung und Blutarmut oder von akuten Infektionskrankheiten (Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse nach dem Beruf in Leipzig, Ztschr. für Soz.-Wiss., N. F. Bd. I, S. 18). Bei der großen Verschiedenheit der Altersbesetzung bei den einzelnen Berufen wäre es richtiger gewesen, nicht die Gesamtmorbidität, sondern die einiger Altersklassen zum Vergleich zu wählen (z. B. 25—34, 35—54 Jahre). Es ist durchaus zu billigen, wenn der Deutsche bei statistischen Arbeiten sich möglichst an deutsches Material hält; wenn es uns aber daran fehlt, so ist es besser fremdländisches Material heranzuziehen, wie z. B. betreffs der Statistik der Untauglichkeitsgründe nach dem Beruf die schweizerische Statistik O. Heer's oder betreffs der Berufssterblichkeit die englische und niederländische Statistik.

Prinzing (Ulm).

Gelpke, H. (Basel) und **Schlatter, C.** (Zürich), Unfallkunde für Ärzte sowie für Juristen und Versicherungsbeamte. Bern 1917. Verlag von A. Franke. 572 S. Preis M. 16,—.

Ein ausgezeichnetes Buch, das wir mit großer Befriedigung gelesen haben! Alles Theoretische, wissenschaftlich nicht Feststehende und praktisch nicht Bewährte beiseitelassend, haben die Verfasser, Dozenten der Chirurgie an den Universitäten Basel und Bern, nur das zur Darstellung gebracht, was der mit der Unfallbegutachtung beschäftigte Arzt unbedingt wissen muß. Sie haben dabei aus dem reichen Born ihrer eigenen Erfahrung geschöpft, zudem durch eine Studienreise an deutschen Unfallkrankenhäusern und durch Betätigung an deutschen und österreichischen Kriegslazaretten ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Unfallheilkunde bereichert. Veranlassung zur Abfassung des Werkes gab das Inkrafttreten des schweizerischen Bundesgesetzes über die Kranken- und Unfallversicherung, für welches gründliche Einführung der Ärzte in die neue Materie als Vorbedingung des guten Gedeihens des sozialen Werkes erschien; die Unfallmedizin ist zudem obligatorischer Prüfungsgegenstand bei der schweizerischen Approbationsprüfung der Ärzte. Die Unfall-, Ohren- und Augenkrankheiten sind von Spezialisten (Prof. Nagler und Prof. Sidler-Huguenin, Zürich) trefflich dargestellt. Die Gewerbekrankheiten endlich, die bekanntlich in der Schweiz hinsichtlich der Entschädigungspflicht mit den Unfällen rangieren, sind von Dr. Pometta, Luzern, ganz ausgezeichnet zur Behandlung gebracht worden. Die Darstellung ist die übliche; sie gliedert sich nach Erörterung eines allgemeinen Teiles nach Körperregionen. Die Verfasser haben es trefflich verstanden, den spröden, monotonen Stoff zu meistern, ihn schmackhaft zu machen, ihn geradezu fesselnd darzustellen. Dazu trägt u. a. bei, daß den Ausführungen über die erwerbsbeschränkenden Folgen der einzelnen Verletzungen, vielfach kurze diagnostische und therapeutische Bemerkungen beigefügt sind. Da die Medizin und auch die Unfallheilkunde international sind, können wir das ausgezeichnete Buch auch deutschen Ärzten angelegentlich empfehlen.

W. Hanauer, Frankfurt a. M.

Verzeichnis der eingesandten Druckschriften.

A. Amtliche Quellenwerke.

International.

Office permanent de l'Institut International de Statistique, 's-Gravenhage.

Annuaire International de Statistique. V. Mouvement de la population (Afrique, Asie, Océanie). La Haye 1921. W. P. van Stockum & fils. XVIII u. 187 S. Tabellen. Preis Francs 6,—.

Bulletin mensuel de l'Office permanent. IIIe livraison Mars 1921. La Haye 1921. W. P. van Stockum & fils. 88 S. Preis Gulden 1,25.

Annuaire International de Statistique. VIII. Statistique des finances d'Etat. Statistique de la production. Cours des changes. La Haye 1921. W.P. van Stockum & fils. VIII und 80 S. Preis Francs 6,—.

Dänemark.

Aarsberetning angaaende sundhedstilstanden i Köbenhavn for 1920. (Jahresbericht über den Gesundheitszustand in Kopenhagen.) Af J. P. Chrom, Stadslaege. Kopenhagen 1921. 70 S. Text und 12 S. Tabellen.

Desgleichen für 1919. Kopenhagen 1920. 73 S. Text und 12 S. Tabellen.

Deutsches Reich.

Statistisches Reichsamt, Berlin.

Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 41. Jahrg. 1920. Berlin 1920. Verlag von Puttkammer & Mühlbrecht. XXXVI, 281, 46 u. 33 S. Preis M. 6,—.

Statistik des Deutschen Reichs, Band 289. — Die Krankenversicherung im Jahre 1914. Berlin 1921. Verlag von Puttkammer & Mühlbrecht. 60 S. Text und 67 S. Tabellen. Preis M. 12,—.

Statistik des Deutschen Reichs, Band 294. — Die Krankenversicherung im Jahre 1915. Berlin 1921. 15 S. Text u. 39 S. Tabellen. Preis M. 6,—.

Sachsen.

Sächsisches Statistisches Landesamt, Dresden.

Statistisches Jahrbuch für den Freistaat Sachsen. 44. Ausgabe 1918/1920. Dresden 1921. Verlag von C. Heinrich. 480 S. Preis M. 5,—.

Zeitschrift des Sächsischen Statistischen Landesamtes. 66. und 67. Jahrgang 1920 und 1921. Dresden 1921. In Kommission der Buchhandlung von v. Zahn & Jaensch. 486 S.

Aus dem Inhalt: Die Volkszählung am 8. Oktober 1919. Die Bewegung der Bevölkerung im Jahre 1919. Beiträge zur Statistik der Eheschließungen, Geburten und Sterbefälle in Leipzig, Dresden und Chemnitz während des Jahrfünfts 1911/1915. Die Legitimtation unehelicher Kinder in den Jahren 1911 bis 1915. Teuerungszahlen und Statistik der Lebensmittelpreise nach den monatlichen Erhebungen vom Februar 1920 bis Juni 1921. Zum Sterblichkeitsrückgang. Säuglingssterblichkeit und Geburtenhäufigkeit. Veränderung der Tuberkulosesterblichkeit. Das Geschlechtsverhältnis bei Zwillingsgeburten. Das Geburtsgewicht der Kriegskinder. Zur Heiratsstatistik.

Stadt Hannover.

Statistisches Amt der Stadt Hannover.

Statistischer Vierteljahresbericht der Stadt Hannover. 26. Jahrg. 1920.

England.

General Register Office, London.

Eighty-second Annual Report of the Registrar-General of Births, Deaths, and Marriages in England and Wales. (1919.) London 1920. His Majesty's Stationery Office. CVIII S. Text und 520 S. Tabellen. Preis sh 7,—.

Supplement to the Seventy-fifth Annual Report of the Registrar-General of Births, Deaths and Marriages in England and Wales. Part II. Abridged Life Tables. London 1920. XLVI S. Text und 65 S. Tabellen. Preis 1 sh 6 d.

Finland.

Statistiska Centralbyrån, Helsingfors.

Statistisk Årsbok för Finland. Ny serie. Sjuttonde årgången 1919. — Annuaire Statistique de Finlande. Nouvelle série. Dix-septième année 1919. Helsingfors 1920. XXI und 285 S. Preis fmk. 20,—.

Desgleichen. Adertonde årgången 1920. — Dix-huitième année 1920. XXI und 290 S. Preis fmk 40,—.

Stadt Helsingfors.

Helsingfors stads statistiska kontor.

Helsingsfors stads statistik. I. Hälso- och sjukvård. 11. 1920. Förra delen. (Gesundheits- und Sanitätswesen im Jahre 1920. I. Teil.) Helsingsfors 1921. 95 S. Text und 40 S. Tabellen.

Frankreich.

Statistique générale de la France, Paris.

Bulletin de la Statistique générale de la France et du Service d'observation des Prix. Tome X. 1920/1921. Paris. Librairie Félix Alcan. Jahresabonnement für Ausland fr. 33,—.

Aus dem Inhalt: La protection légale de la première enfance et de la maternité, par M. H. Bunle. — Mortalité infantile par département en 1919. — Application de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes en 1917 et 1918. — Mouvement de la population en France 1920 et 1913 et en divers pays, derniers résultats connus.

Japan.

Departement Impérial de Recensement, Tokio.

Etat de la population de l'Empire du Japon au 31 décembre 1918. Tokio 1920. VII u. 269 S.

Résumée statistique de l'Empire du Japon. 35e Année. Tokio 1921. IX u. 179 S.

Statistique des causes de décès de l'Empire du Japon pendant l'an 1918.

Tome I. (Fu, Ken et Hokkaido ou districts.) Tokio 1921. VI und 493 Seiten Tabellen nebst 71 Seiten Verhältnisberechnungen. Tome II. (Schi et Ku ou grandes cités de plus de 50000 habitants.) Tokio 1921. 335 Seiten Tabellen nebst 60 Seiten Verhältnisberechnungen.

Niederlande.

Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage.

Jaarcijffers voor het Koninkrijk der Nederlanden. — Annuaire Statistique du Royaume des Pays-Bas. 's-Gravenhage 1921. Gebrs. Belinfante. — Koloniën 1918. — Les Colonies 1918. XXVIII und 182 S. Preis f. 1,—. — Rijk in Europa 1919. — Royaume en Europe 1919. LII und 356 S. Preis f. 2,50.

Bijdragen tot de Statistiek van Nederland. Nieuwe volgreeks No. 309. — Statistiek van de sterfte naar den leeftijd en naar de oorzaken van den dood over het jaar 1919. 's-Gravenhage, 1921. Gebr. Belinfante. L S. Text und 166 S. Tabellen. Preis f. 2,50.

Bureau Central de Statistique des Pays-Bas. 21. S. Text und 19 S. Tabellen.

Jaarcijffers voor het Koninkrijk der Nederlanden. Koloniën 1919. 's-Gravenhage 1921. XXIII u. 176 S.

Bijdragen tot de Statistiek van Nederland. Nieuwe volgresks No. 329. — Statistiek van de sterfte naar den leeftijden naar de oorzaken van den dood over het jaar 1920. 's-Gravenhage 1921. XLVII S. Text u. 145 S. Tabellen. Preis f. 2,50.

Stadt Amsterdam.

Bureau van Statistiek der Gemeente Amsterdam.

Statistisch Jaarboek der Gemeente Amsterdam. 16de Jaargang 1919. — Annuaire Statistique de la ville d'Amsterdam 1919. Amsterdam 1921. Johannes Müller. XXVIII und 348 S. Preis Gulden 4,—.

Rußland.

Vereinigte Sanitätsstatistische Kommission des Volkskommissariats für Gesundheitspflege und des Statistischen Zentralamts, Moskau.

Правила медико-статистической регистрации. Выпуск I: Общие правила и формы регистрации и отчетности. (Regeln der medizinal-statistischen Registration. Band I: Allgemeine Regeln und Formen der Registration und Berichterstattung.) Moskau 1920. Verlag des Volkskommissariats für Gesundheitspflege. 65 S. Preis Rubel 40,—.

Schweden.

Kungl. Statistiska Centralbyrån, Stockholm

Sveriges officiella statistik. Folkmängden och dess förändringar (Die Bevölkerung und deren Veränderungen.)

Folkmängden inom administrativa områden den 31 december 1920. (Die Bevölkerungszahl innerhalb der Verwaltungsbezirke am 31. Dezember 1920. Stockholm 1921. 41 S.

Befolkningsrörelsen år 1916. (Bewegung der Bevölkerung im Jahre 1916.) Stockholm 1920. 72 S. Text u. 70 S. Tabellen.

Ut- och invandring år 1920. Stockholm 1921. 39 S.

Dödsorsaker år 1916. (Todesursachen im Jahre 1916.) Stockholm 1921. 78 S.

Statistisk Årsbok för Sverige. Åttonde årgången 1921. — Annuaire Statistique de la Suède. 8e année 1921. Stockholm 1921. XII und 331 S.

Stadt Stockholm.

Stadens statistiske kontor, Stockholm.

Stockholms stads statistik. III. Hälso- och sjukvård. Berättelse från Stockholms stads hälsovårdsnämnd jämte översickt av stadens sanitära statistik år 1919. (Statistik der Stadt Stockholm. III. Gesundheits- und Sanitätswesen. Bericht des Gesundheitsamts der Stadt Stockholm mit Übersicht über die Sanitätsstatistik der Stadt für das Jahr 1919.) 42. Jahrgang. Neue Folge 15. Stockholm 1920. 62 S. Text und 147 S. Tabellen. Preis Kr. 4,—.

Statistisk årsbok för Stockholms stad 1920. — Annuaire statistique de la ville de Stockholm 1920. Årg. LI. Ny följd 15. Stockholm 1920. XXIV und 361 S. Preis Kr. 5,—.

Schweiz.

Eidgenössisches statistisches Bureau, Bern.

Schweizerische statistische Mitteilungen. II. Jahrg. 1920. Heft 6: Arbeitslöhne verunfallter Arbeiter im Jahre 1918 in den dem Unfallversicherungsgesetz unterstellten Betrieben. Bern 1920. In Kommission bei A. Franke. 27 S. Text und 96 S. Tabellen. Preis Fr. 4,—.

Desgleichen Heft 7: Altersgliederung der hauptberuflich tätigen Bevölkerung der Schweiz nach der Volkszählung vom 1. Dez. 1910. 73 S. Tabellen. Preis Fr. 3,—.

Desgleichen Heft 8: Die nebenberufliche Tätigkeit der schweizerischen Bevölkerung nach der Volkszählung vom 1. Dez. 1910. 15 S. Text und 147 S. Tabellen. Preis Fr. 5,—.

Desgleichen III. Jahrgang 1921. 4. Heft: Die Bewegung der Bevölkerung in der Schweiz im Jahre 1919. Bern 1921. 40 S. Preis Fr. 2,50.

Statistisches Jahrbuch der Schweiz. 29. Jahrg. 1920. — Annuaire statistique de la Suisse. 29e Année 1920. Bern 1921. Kommissionsverlag A. Franke. VII und 418 S. Preis Fr. 4,—.

Statistisches Amt der Stadt Zürich.

Statistik der Stadt Zürich. Heft 21: Die Wohnungen in der Stadt Zürich am 1. Dez. 1910. Zürich 1919. Kommissionsverlag Rascher & Cie. 184 S. mit graphischen Darstellungen. Preis Fr. 2,—.

Desgleichen Heft 26: Die Züricher Indexziffer. Kosten der Lebenshaltung in der Stadt Zürich im Jahre 1920. Zürich 1921. 40 S. Preis Fr. 1,50.

B. Demographische Literatur.

Entwicklung und Bewegung der Bevölkerung.

Ligoki, J. (Berlin), Hundert Jahre deutscher Auswanderung nach Übersee 1815—1914. Berlin 1917. Deutscher Volksverlag „Freie Bahn". 24 S. mit 1 graph.-statist. Tafel. Preis 1 M.—.

Hamburger, C. (Berlin), Arzt und Bevölkerungspolitik. S.-A. aus der Berliner klin. Wochenschrift, 1921, Nr. 19. 10 S.

Mortalität.

Kisskalt, H. (Kiel), Die Sterblichkeit im 18. Jahrhundert. S.-A. aus der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Band 93 Heft 2/3. Berlin 1921. Verlag von Julius Springer. 74 S.

Rosenfeld, S. (Wien), Die Wirkung des Krieges auf die Sterblichkeit in Wien. (Veröffentlichungen des Volksgesundheitsamts im Staatsamte für soziale Verwaltung.) VIII. Wien 1920. Franz Deuticke. 35 S.

Dublin, Louis I. (New York), The Reduktion in Mortality Among Colored Policyholders. New York 1920. Metropolitan Life Insurance Company. 7 S.

Silbergleit, H. (Berlin), Die Säuglingssterblichkeit in Berlin im Kriege und später. S.-A. aus „Groß Berlin", Statistische Monatsberichte, 5. Jahrg. Heft XII. Berlin 1920. 17 S.

Todesursachenstatistik.

Prinzing, Fr. (Ulm), Die deutschen und die internationalen Todesursachenverzeichnisse. S.-A. aus „Deutsches Statistisches Zentralblatt, 13. Jahrg. 1921 Nr. 3/4. 5 S.

Rosenfeld, S. (Wien), Tuberkulose-Abnahme in Wien im Jahre 1920. S.-A. aus den Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes, Jahrg. 1921. 11 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark, N. J.), The Mortality from Respiration Diseases in the Glass Industry. S.-A. aus „The Journal of Industrial Hygiene". May, 1920, Vol. II, Nr. 1. 5 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark, N. J.), Recent Statistics of Heart Disease with Special Reference to its Increasing Incidence. S.-A. aus „The Journal of the American Medical Association" May 15, 1920, Vol. 74. 22 S.

Morbidität.

Möllers, B. (Berlin), Beitrag zur Epidemiologie der Weilschen Krankheit. S.-A. aus „Archiv für Hygiene", Band 89, 7. u. 8. Heft 1920. 10 S.

C. Sozialhygienische Literatur.

Sammelwerke.

Flügge, C. (Berlin), Grundriß der Hygiene. Neunte Auflage. Berlin und Leipzig 1921. Vereinigung wissenschaftlicher Verleger. XII und 863 S. mit 219 Figuren im Text. Preis M. 70,—, geb. M. 80,—.

Spaeth, F., Der Fürsorgearzt. München 1921. J. F. Lehmanns Verlag. 388 S. mit 16 Figuren. Preis M. 40,—, geb. M. 46,—.

Stehr, A., Grundlegung zur sozialen Hygiene und Politik. I. Band: Die Entwicklung der Gefühle und das Glück. Leipzig 1921. Verlag von Joh. Ambrosius Barth. VIII u. 131 S. Preis M. 24,—.

Öffentliche Gesundheitspflege.

Hoffman, Frederick L. (Newark, N. J.), Conditions in the Indian Medical Service. S.-A. aus „The Journal of to American Medical Association", August 14, 1920, Vol. 75. 4 S.

Warbasse, James P. (New York), Conserving Health versus Exploiting Disease. S.-A. aus: „Medical Review of Reviews". March, 1917. 6 S.

Hesse, E., (Berlin), Rudolf Virchow und die öffentliche Gesundheitspflege. S.-A. aus Virchow Archiv, Band 235. Berlin 1921. Verlag von Julius Springer. 19 S.

Ärztewesen.

Rosenhaupt, H. (Frankfurt a. M.), Der Arzt und die Gemeinschaft. Frankfurt a. M. 1920. Hermann Minjon, Verlagsgesellschaft m. b. H. 12 S. Preis M. 1,40.

Eijk, H. H. van (Huizen), Soziale geneeskunde als onderwijsvak. (Soziale Medizin als Unterrichtsfach.) S.-A. aus: „Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde. Jaargang 1920, Tweede Helft. Nr. 20. 4 S.

Eijk, H. H. van (Huizen), De wetenschappelijke opleiding van sociaal-geneeskundigen. (Die wissenschaftliche Ausbildung von Sozialärzten.) S.-A. aus: „Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde", Jaargang 1920, Tweede Helft, Nr. 23. 5 S.

Hirsch, M. (Berlin), Gedanken und Vorschläge zur Neuordnung der geburtshilflich-gynäkologischen Unterrichts. S.-A. aus „Archiv für Frauenkunde und Eugenetik". Band VI. Heft 3/4 1920. 12 S.

Eijk, H. H. van en **Pinkhof, H.,** Artsenboekje 1921. (Ärztebüchlein.) Tweede uitgave. Herausgegeben von der Needer-

landsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Amsterdam 1921. 287 S. mit einer Karte von Niederlande, darstellend die Grenzlinien der Abteilungen der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Warbasse, James P. (New York), The Socialization of Medicine. S.-A. aus: „Journal of the American Medical Association", July 18, 1914, Vol. LXIII. 8 S.

Warbasse, James P. (New York), Medical Reconstruction. S.-A. aus: „Western Medical Times", June 1919, Vol. XXXIII, Nr. 12. 10 S.

Hanauer, W. (Frankfurt a. M.), Ärzte und Krankenkassen. S.-A. aus „Fortschritte der Medizin" 1921 Nr. 11.

Meister der Heilkunde. Herausgegeben von Prof. Dr. Max Neuburger. Band 1: Rudolf Virchow. Von **Carl Posner.** 3. Auflage. Rikola Verlag Wien, Berlin, Leipzig, München 1921. 91 S.

Säuglingsfürsorge.

Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz. VI. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz Berlin 1920. Herausgegeben von Prof. Dr. Rott. Berlin 1921. Verlag von Georg Stilke. 87 S.

Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und des Organisationsamtes für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Vom 1. April 1920 bis 31. März 1921. Verlag: Kaiserin Auguste Viktoria Haus, Charlottenburg 5. 19 S.

Veröffentlichungen des Volksgesundheitsamtes im Staatsamte für soziale Verwaltung. V. Verhandlungsschrift über die von der Deutschösterreichischen Gesellschaft für Bevölkerungspolitik am 7. und 8. April 1919 veranstaltete Tagung über die Fragen der Kinderaufzucht: Das Säuglings- und Kleinkindesalter. Wien 1919. Verlegt vom Volksgesundheitsamt. 115 S. Preis M. 3,—.

Desgleichen VI. Ratschläge zur Pflege und Ernährung des Säuglings. Ein Merkbuch der Reichsanstalt für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Wien. Verfaßt von Primarius Dr. **L. Moll.** Wien 1919. In Kommission bei F. Deuticke in Wien. 15 S. Preis M. 2,—.

Vogel, M. (Dresden), Merkbüchlein zur Mutter- und Säuglingspflege. Vierte, völlig umgearbeitete Auflage. Dresden 1920. Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt. 32 S. Preis M. 1,—.

Jugendfürsorge.

Kinderhilfskommission der Religiösen Gesellschaft der Freunde (Quäker) von Amerika, Berlin. Praktische Winke für den musternden Arzt zur Benutzung bei der Durchführung der Richtlinien vom 1. August 1921 für die Auswahl und Eingruppierung von Schulkindern zur Teilnahme an einer täglichen Speisung. Berlin 1921. 52 S.

Berufshygiene.

Hoffman, Frederick L. (Newark, N. J.), Progress of the Safety Movement in Great Britain. S.-A. aus „Safety Engineering“ August 1920. 9 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark, N. J.), The Dust Hazard to Health in the Stone Industry. S.-A. aus dem Bericht des „National Safety Council“ 1920, Mining Section. 9 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark, N. J.), The Menace of Dusts, Gases and Fumes in Modern Industry. S.-A. aus „The Bulletin“, Pennsylvania Department of Labor and Industry, Vol. V, Series of 1918, Nr. 1. 18 S.

Legge, Thomas M. (Manchester) und **Goadby, Kenneth W.** (London), Bleivergiftung und Bleiaufnahme. Übersetzt von Dr. Hans Katz †. Herausgegeben und mit Anmerkungen versehen von Dr. Ludwig Teleky. Nebst einem Anhang: Die deutschen und deutschösterreichischen Verordnungen zur Verhütung gewerblicher Bleivergiftung. Zusammengestellt von Else Blänsdorf. (Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene. Herausgegeben vom Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M. Neue Folge. Heft 7, I. Teil.) Berlin 1921. Verlag von Julius Springer. VIII u. 372 S. Preis M. 87,—.

Metropolitan Life Insurance Company, New York. Occupation Hazards and Diagnostic Signs. A Guide for Medical Examiners Regarding Impairments to be Looked for in Hazardous Occupations. New York 1921. 30 S.

Soziale Versicherung.

Verwaltungsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse München (Stadt) für das Jahr 1920. München 1921. 69 S.

Hanauer, W. (Frankfurt a. M.), Periodische Untersuchung gesunder in der Krankenversicherung. S.-A. aus der Berliner klin. Wochenschrift, 1921, Nr. 31. 5 S.

Hoffmann, F. A. (Leipzig), Die Reichsversicherungsordnung. Nach der Vorlesung über soziale Medizin für Juristen und Ärzte. Leipzig 1921. Verlag von F. C. W. Vogel. VI und 65 S. Preis M. 20,—.

Hoffman, Frederick L. (Newark), American Problems in Social Insurance. S.-A. aus: „Proceedings of the Forty-first Annual Meeting of the National Conference of Charities and Correction". Chicago 1914. 11 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Facts and Fallacies of Compulsory Health Insurance. Second Edition. Newark 1920. 107 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Failure of German Compulsory Health Insurance. A War Revelation. Newark 1918. 20 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Health Insurance and the Public. S.-A. aus: „Pennsylvania Medical Journal July, 1919, Vol. XXII. 28. S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), More Facts and Fallacies of Compulsory Health Insurance. Newark 1920. 200 S.

Brend, Wm. A. Public Health and the National Insurance Act of Great Britain. (Being Chapter VII of „Health and the State".) New York 1919. E. P. Dutton & Co. 30 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Address on the Methods and Results of National Health Insurance in Great Britain. New York 1920. 72. S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Poor Law Aspects of National Health Insurance. Newark 1920. 46 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), National Health Insurance and the Medical Profession. Newark 1920. 122 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), National Health Insurance and the Friendly Societies. Newark 1921. 101 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Compulsory Health Insurance and the Medical Profession. S.-A. aus: „Minnesota Medicine", February, 1921. 7 S.

Hoffman, Frederick L. (Newark), Fallacious Reasoning in Support of Compulsory Health Insurance. S.-A. aus: „Medical Record", April 23, 1921. 9 S.

Bekämpfung der Tuberkulose.

Tuberkulose-Bibliothek. Beihefte zur Zeitschrift für Tuberkulose. Herausgegeben von Prof. Dr. Lydia Rabinowitsch. Verlag von Joh. Ambrosius Barth.

Nr. 1. Zum Tuberkulose-Gesetz. Leipzig 1921. 51 S. Preis M. 8.—.

Nr. 6. Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen. Von Dr. Carl Breul, Freiburg i. Br. Leipzig 1922. 64 S. Preis M. 20,—.

Kaufmann, P. (Berlin), Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose. Rückschau und Ausblick. Berlin 1921. Verlag von Franz Vahlen. 24 S. Preis M. 2,—.

Möllers, B. (Berlin), Hat die Tuberkulose in Deutschland weiter zugenommen? S.-A. aus der Deutschen med. Wochenschrift 1921. Nr. 1. 5 S.

Lindhagen, E. (Stockholm), Anmälningsplikt vid tuberkulos. (Anzeigepflicht bei Tuberkulose.) S.-A. aus Svenska Läkuresällskaps Handlingar 1917.) Stockholm 1917. Isaac Marcus' boktryckeri-aktiebolag. 40 S.

Söegaard, Munck (Norheimsund in Norwegen), En epidemiologisk og genealogisk undersøkelse av tuberkulosens optraeden i en lukket norsk fjordbygd Kvam-Hardanger 1886—1913. (Eine epidemiologische und genealogische Untersuchung über das Auftreten der Tuberkulose in der norwegischen Fjordgegend Kvam-Hardanger 1886—1913.) Als Manuskript für Ärzte gedruckt. Herausgegeben von der „Norske Nationalforening mot tuberkulosen. Bergen 1916. A. S. John Griegs boktrykkeri. 72 S. und 2 Karten.

Poliakoff, S. (Amsterdam), Over het voorkommen van bovine tuberkelbacillen bij chirurgische tuberculose in Nederland. S.-A. aus: „Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde", 65ste Jaarg. 1921, Eerste Helft, Nr. 26. 7 S.

Fuchs- von Wolfring (Davos), Wie ist die Volkstuberkulose erfolgreich zu bekämpfen? Leipzig und Wien 1920. Franz Deuticke. 42 S. Preis K. 24,— bzw. M. 6,—.

Umnus, O. (Berlin), Künstliche Höhensonne und ihre Heilwirkung. Berlin 1921. E. Berger Verlag. 32 S. Preis M. 5,—.

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Fürth, Henriette. (Frankfurt a. M.), Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als bevölkerungspolitisches, soziales, ethisches und gesetzgeberisches Problem. Frankfurt a. M. 1920. Hermann Minjon, Verlagsgesellschaft m. b. H. 125 S. Preis M. 12.—.

Haustein, H. (Berlin), Lex veneris in Schweden und ihre Wirksamkeit. S.-A. aus der Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen, März 1921. 9 S.

Riecke, E. (Göttingen), Geschlechtleben und Geschlechtsleiden. Zweite Auflage. Stuttgart 1921. Ernst Heinrich Moritz. 95 S. Preis kartoniert M. 5.—.

Rau (Köln), Die Geschlechtskrankheiten. Dresden. Rudolph'sche Verlagsbuchhandlung. 144 S. Preis M. 7,50.

Gärtner, W. (Kiel), Über den Einfluß der Kultur auf die Paralyseentstehung. S.-A. aus der Deutschen Med. Wochenschrift 1920. Nr. 42. 7 S.

Gärtner, W. und **d'Hargues, W.** (Kiel), Statistische Untersuchung über die Inanspruchnahme von Ärzten und Krankenanstalten im Sinne einer rationellen Behandlung der Geschlechtskrankheiten in den Städten Kiel und Essen. S.-A. aus den Statistischen Monatsberichten der Stadt Kiel 1920. 4 S.

Ernährungshygiene.

Bach, F. W. (Bonn), Untersuchungen über die Lebensmittelrationierung im Kriege. München (ohne Jahreszahl). Verlag von Georg D. W. Callwey. 184 S. Preis M. 32.—.

Bischoff, H. (Bremen), Ernährung und Nahrungsmittel. Zweite Auflage. (Sammlung Göschen Nr. 464). Berlin und Leipzig 1921. Vereinigung wissenschaftlicher Verleger Walter de Gruyter & Co. 126 S. Preis M. 4,20.

Rassenhygiene.

Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. München 1921. J. F. Lehmanns Verlag.

Band I: Menschliche Erblichkeitslehre. Von Prof. Dr. **E. Baur,** Berlin, Prof. Dr. **E. Fischer,** Freiburg i. Br. und Dr. **F. Lenz,** München. 305 S. Preis M. 50.—.

Band II. Menschliche Auslese und Rassenhygiene. Von Dr. **Fritz Lenz**, München. 249 S. Preis M. 38.—.

Westenhöfer (Berlin), Die Aufgaben der Rassenhygiene (des Nachkommenschutzes) im neuen Deutschland. (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. X. Band, 2. Heft.) Berlin 1920. Verlag von Richard Schoetz. 40 S.

Lundborg, H. (Lund), Rassen- und Gesellschaftsprobleme in genetischer und medizinischer Beleuchtung. S.-A. aus: „Hereditas" 1. Jahrg. 1920. Lund 1920. 43 S.

Lundborg, H. (Lund), Hereditary Tranzmission of Genotypical Deaf-mutism. S.-A. aus: „Hereditas“, 1. Jahrg. 1920. 6. S.

Anderson, Hjalmar (Bergvik in Schweden), The Swedish State-Institute for Race-Biological Investigation. S.-A. aus „The Swedish Nation in Word and Picture. Stockholm 1921. 11 S.

Kammerer, P. (Wien), Sind wir Sklaven der Vergangenheit oder Werkmeister der Zukunft? Anpassung, Vererbung, Rassenhygiene in dualistischer und monistischer Betrachtungsweise 2. Auflage. (Der Aufstieg. Neue Zeit- und Streitschriften Nr. 21/22.) Leipzig, Wien [1921]. Anzengruber-Verlag. 32 S. Preis jeder Nummer M. 1,50.

Kuhn, Ph. (Dresden), Gedenke, daß Du ein Deutscher Ahnherr bist! Festrede über Deutschlands Erneuerung und die Rassenhygiene. Zweite Auflage. Dresden und Leipzig 1921. Verlag von Th. Steinkopff. 16 S. Preis M. 2.—.

Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre. Nr. 2: Das ärztliche Heiratszeugnis, seine wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen. Herausgegeben von Dr. Max Hirsch in Berlin. Leipzig 1921. Verlag von Curt Kabitzsch. VII um 71 S. Preis M. 15.—.

Hirsch, M. (Berlin), Über die Fruchtabtreibung. Ihre volkshygienische Bedeutung und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. S.-A. aus der Berliner klin. Wochenschrift, 1921, Nr. 15. 17 S.

Bekämpfung des Alkoholismus.

Kungl. Kontrollstyrelsen, Stockholm.

Förbrukningen av utminuteringsvis sålt brännvin efter yrkesgrupper och inkomstklasser. (Konsum von im Detailhandel verkauften Branntwein nach Berufsgruppen und Einkommensklassen.) (Stockholm 1919. Isaac Marcus' boktryckeri-aktiebolag. 152 S.

Nykterhetskommittén (Nüchternheitskomitee), Stockholm.

Undedånigt betönkande med förslag till lag om alkoholvaror m. m. avgivet den 5 augusti 1920 av den av Kungl. Maj: A den 17 november 1911 tillsatta nykterhetskommittén. (Untertänigstes Gutachten mit Entwurf zu einem Alkoholverbotsgesetze, abgegeben am 5. August 1920 von dem von S. Königl. Majestät am 17. November 1911 ernannten Nüchternheitskomitee. Stockholm 1920. IV und 505 S.

Populäre Hygiene.

Gesundheitsbüchlein. Gemeinfaßliche Anleitung zur Gesundheitspflege. Bearbeitet im Reichsgesundheitsamte. 17. Ausgabe. Berlin 1920. Verlag von Julius Springer. 280 S. mit 56 Abbildungen im Texte und 3 farbigen Tafeln. Preis M. 8,—, geb. M. 12,—.

Hanauer, W. (Frankfurt a. M.), Hygienische Volksaufklärung auf dem Lande. S.-A. aus der Hygienischen Rundschau 1921, Nr. 11, 6 S.

D. Neue Zeitschriften.

Wirtschaft und Statistik. Herausgegeben vom Statistischen Reichsamt, Berlin. 1. Jahrgang 1921. Verlag von Reimar Hobbing in Berlin. Jahresabonnement (12 Hefte). M. 36,—.

Viribus unitis. Mensuel consacré aux problèmes économiques des États de l'Europe Centrale et Orientale, redigé par le professeur L. Krzywicki. 1re année. Warschau 1921. Verlag des Institut d'Economie Sociale. Preis eines Heftes in Polen, Finland, Estland, Lettland, Litauen, Rumänien. Ungarn, Jugoslawien und Bulgarien poln. M. 150,—, in den übrigen Ländern fr. 3,—.

The American Journal of Hygiene. Vol. 1. No. 1. January, 1921. Herausgegeben von William H. Welch und Charles E. Simon, School of Hygiene and Public Health, John Hopkins University, Baltimore, Md. Verlag: John Hopkins Press, Baltimore. Jährlich 6 Nummern, entsprechend einem Band. Preis für das Ausland pro Band $ 6,50.

Zeitschrift für ärztlich-soziales Versorgungswesen. Herausgegeben von Reg.-Med.-Rat Dr. W. Marle. 1. Jahrg. 1. Heft April 1921. Jährlich 12 Hefte. Verlag von E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68. Preis bei unmittelbarem Bezuge vom Verlage vierteljährlich M. 20.— zuzügl. Porto.

Desinfektion. Neue Folge. Monatsschrift für Desinfektion, Sterilisation, Konservierung, Seuchen- und Schädlingsbekämpfung sowie die mit ihnen verwandten Gebiete der Hygiene und Volksgesundheitspflege. Herausgegeben von Prof. Dr. Lentz, Ministerialrat im Ministerium für Volkswohlfahrt und Prof. Dr. Lockemann, Geh. Regierungsrat. Sechstes Jahr. 1. Heft Januar 1921. Deutsche Verlagsgesellschaft für Politik und Geschichte in Berlin W 8. Jahresabonnement M. 6C,—.

E. Zeitschriften-Literatur.

7. Statistische Monatsschrift.

Herausgegeben von der Statistischen Zentralkommission in Wien seit dem Jahre 1875. 1. Reihe: Jahrgang 1—21: hierauf Neue Folge: Jahrgang 1—22 (bis 1917): hierauf: 3. Folge seit 1919.

Systematisches Verzeichnis der demographischen und sozialhygienischen Abhandlungen in den Jahrgängen 18—22 der Neuen Folge (1913—1917) und in den Jahrgängen 1 und 2 der 3. Folge (1919 und 1920).

Demographie.

Methodik der Statistik.

Blaschke, E., Die Ausgleichung der Absterbeordnungen aus der Bevölkerungsstatistik. N. F. XXI. Jahrg. 1916. S. 728—779.

Stand der Bevökerung.

Schnierer, Fr., Über den Stichtag der Volkszählung und den Einfluß des Fluktuierens der Bevölkerung auf die Zählungsergebnisse. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 67—71.

Hecke, W., Die Aufgaben der nächsten Volkszählung. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 133—143.

Rosenfeld, S., Die Erhebung der Stillhäufigkeit bei der Volkszählung 1920. 3. Folge. 1. Jahrg. 1919. S. 185—206.
(Siehe Besprechung in Band 14 Seite 270).

Sorer, R., Über die Erhebungsmethoden des amerikanischen Zensus. N. F. XIX. Jahrg. 1914. S. 230—232.

Humbourg, E. Ritter von, Die berufliche und soziale Gliederung der Bevölkerung. N. F. XIX. Jahrg. 1914. S. 333—407.

Engelmann, R., Österreichs städtische Wohnplätze mit mehr als 25000 Einwohnern Ende 1910. N. F. XIX. Jahrg. 1914. S. 413—510.

Hecke, W., Das neue Staatsgebiet und die Bevölkerung der Republik Österreich. 3. Folge. 1. Jahrg. 1919. S. 214—217.

Entwicklung der Bevölkerung.

Hecke, W., Der Einfluß des Religionsbekenntnisses auf die Volksvermehrung. N. F. XXII. Jahrg. 1917. S. 712—724.

Waber, L., Die zahlenmäßige Entwicklung der Völker Österreichs 1846—1910. N. F. XX. Jahrg. 1915. S. 589—721.

Hecke, W., Volksvermehrung, Binnenwanderung und Umgangssprache in den österreichischen Alpenländern und Südländern. N. F. XVIII. Jahrg. 1913. S. 323—393.
(Siehe Besprechung in Band 9 Seite 216.)

Hecke, W., Volksvermehrung, Binnenwanderung und Umgangssprache in den nördlichen Ländern Österreichs. N. F. XIX. Jahrg. 1914. S. 653—723.

Bewegung der Bevölkerung.

Drexel, K., Geburten und Sterbefälle in den größeren Städten Österreichs im Jahrzehnt 1901—1910 und in den Jahren 1910, 1911, 1912. N. F. XIX. Jahrg. 1914. S. 81—137 und 193—229.

Hecke, W., Die Bevölkerungsbewegung Deutschösterreichs während der Kriegszeit. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 152—163.

a) Eheschließungen.

Norst, A., Zur Statistik der Eheschließungen in Wien. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 204—207.

b) Geburten.

Rosenfeld, S., Das Fötalalter der Totgeborenen in Wien. N. F. XXII. Jahrg. 1917. S. 471—513.

Manschke, R., Zur Statistik der Fehlgeburten. Ergebnisse der Fehlgeburtenstatistik der Stadt Budapest. N. F. XXII. Jahrg. 1917. S. 409—435.

Rosenfeld, S., Die Totgeburten in Wien als Maßstab der Gebärfähigkeit. N. F. XXI. Jahrg. 1916. S. 275—311.

(Siehe Besprechung in Band 13 S. 175.)

Rosenfeld, S., Die Geburtenhäufigkeit in Wien. N. F. XXI. Jahrg. 1916. S. 158—183.

(Siehe Besprechung in Band 13 Seite 174.)

Galasso, P., Geburtenrückgang in Österreich. N. F. XVIII. Jahrg. 1913. S. 393—324.

(Siehe Besprechung in Band 9 Seite 216.)

Feld, W., Eine Schwierigkeit bei der familien-statistischen Erfassung des Geburtenrückganges. N. F. XIX. Jahrg. 1914. S. 280—285.

c) Sterblichkeit.

Rosenfeld, S., Die Wanderungen und ihr Einfluß auf die Darstellung der Sterblichkeit nach Altersgruppen in Österreich. N. F. XX. Jahrg. 1915. S. 199—267.

(Siehe Besprechung in Band 12 S. 165.)

Hecke, W., Die Geburtenzahl und Säuglingssterblichkeit der österreichischen Städte im Kriege. N. F. XXI. Jahrg. 1916. S. 780—783.

Böhm, A., Über die sanitäre Lage der Stadt Wien. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 14—17.

d) Wanderungen.

Englisch, K. R. von, Die österreichische Auswanderungsstatistik. N. F. XVIII. Jahrg. 1913. S. 65.

Bevölkerungspolitik.

Hecke, W., Die Übervölkerungsfrage im neuen Österreich. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 72—82.

Hecke, W., Österreichische Gesellschaft für Bevölkerungspolitik. N. F. XXII. Jahrg. 1917. S. 149—150.

Morbidität.

Gehrmann, V., Die Blinden und Taubstummen in Österreich am Ende des Jahres 1910. 3. Folge. 1. Jahrg. 1919. S. 1—104.

Rosenfeld, S., Zählung der Geschlechtskranken in Österreich. 3. Folge. 2. Jahrg. 1920. S. 186—198.

Peller, S., Die Morbidität im Wiener Drechslergewerbe 1900—1913. N. F. XXI. Jahrg. 1916. S. 631—672.

(Siehe Besprechung in Band 14 S. 378.)

Hecke, W., Die Pflegekinderhaltung in Österreich, N. F. XX. Jahrg. 1915. S. 537—562.

Klezl, F. Freiherr von, Eine Erhebung über verwaiste, verlassene, verwahrloste und schwachsinnige Kinder in Mähren. N. F. XX. Jahrg. 1915. S. 355—357.

Metron.

Internationale Statistische Rundschau.

Herausgegeben von Dr. Corrado Gini, Professor an der Universität Padua. Verlag: Industrie Grafiche Italiane, Rovigo.

Aus dem Inhalt des 1. Bandes 1920—1921.

Nummer 1.

March, L., La méthode statistique. S. 22—52.

Gini, C., La coscrizione militare dal punto di vista eugenico. (Die militärische Aushebung vom Standpunkte der Eugenik.) S. 83—112.

Knibbs, G. H., The theory of large populations-aggregates. S. 113—125.

Nummer 2.

Weinberg, W., Methodologische Gesichtspunkte für die statistische Untersuchung der Vererbung bei Dementia praecox. S. 17—29.

Balducci, G., Sulla mortalità degli insegnanti elementari pensionati. (Über die Sterblichkeit der pensionierten Elementarlehrer.) S. 30—41.

Boldrini, M., Nuovi contributi alle ricerche sull' azione dell' ordine di nascita. (Neue Beiträge zur Untersuchung über den Einfluß der Geburtennummer.) S. 42—47.

Savorgnan, F., La natimortalità negli anni die guerra. (Die Totgeburtlichkeit während der Kriegsjahre.) S. 48—67.

Andréadès, A., De la population de Constantinoples sous les empereurs byzantins. S. 68—119.

Livi, L., Memoria e profitto nei ragazzi. Experimento di statistica psicometrica sugli alunni delle scuole comunali di Modena. (Gedächtnis und Nutzanwendung bei Knaben. Ein Versuch der psychometrischen Statistik unter den Schülern der Kommunalschule zu Modena.) S. 120—139.

Maroi, L., La guerra e la popolazione (Rassegna di Demografia). (Der Krieg und die Bevölkerung. Demographische Übersicht.) S. 156—211.

Nummer 3.

Pearl, R., A Biological Classification of the Causes of Death. S. 92—99.

Nummer 4.

Gini, C., La guerra dal punto di vista dell' eugenica. (Der Krieg vom Gesichtspunkt der Eugenik) S. 92—122.

Livi, R., Sull' accrescimento della statura oltre i venti anni. (Über das Wachstum des Körpers jenseits des 20. Jahres.) S. 123-131.

Bertelsen, A., Some Statistics on the native population of Greenland. S. 132—136.

Savorgnan, F., L'aumento delle nascite maschii durante la guerra. (Die Zunahme der Knabengeburten während des Krieges) S. 137—160.

Inhalt des 2. Bandes 1922.

Nummer 1 und 2.

L'Enquête de la Société des Nations sur la question des matières premières et des denrées alimentaires.

Gini, C., Préface — Précédents de l'Enquête. Origine, sources et caractère des rapports et exposés statistiques — Rapport général sur la problème. S. 1—13.

Vinci, F., Céréales — Laine — Coton. S. 14—267.

Sloutski, N. et *Vinci, F.*, Charbon — Pétrole — Fer — Engrais chimiques. S. 268—450.

Gini, C., Appendice. S. 451—458.

The American Journal of Hygiene.

Herausgegeben von William H. Welch und Charles E. Simon, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Md., seit 1921.

Aus dem Inhalt des 1. Bandes 1921:

Howard, William Travis, The Real Risk-Rate of Death to Mothers from Causes Connected with Childbirth. S. 197—233.

Armstrong, D. B., Certains Minimums and Maximums in Tuberculosis Control. S. 278—283.

Pearl, Raymond, Biometric Data on Infant Mortality in the United States Birth Registration Area, 1915—1918. S. 419—439.

Pearl, Raymond, The Vitality of the Peoples of America. S. 592—674.

Известия Народного Комиссариата Здравоохранения.

(Nachrichten des Russischen Volkskommissariats für Gesundheitswesen.)

Unter der Redaktion von Z. Solowjew.

3. Jahrgang 1921.

Inhalt der Nummern 1—4.

Bruschtein, S., Grundfragen der wissenschaftlichen Vorbereitung und Vervollkommnung der Ärzte. S. 1—3.

Gelman, J., Die Gesundung russischer Städte. (Zur Allrussischen Tagung über die Gesundung der bevölkerten Orte.) S. 3—5.

Zur Wohnungsfrage. S. 5—7.

Biochemisches Institut Narkomzdrawa. S. 7—8.

Rede des Direktors des Instituts A. N. Bach zur Eröffnung des Instituts, einer Abteilung des Reichs-Instituts für Volksgesundheitspflege am 26. Jan. 1921. S. 7—8.

Obschtschestwennik, Zur Frage der ärztlichen Privatpraxis. S. 8—10.

Die Organisation der augenärztlichen Hilfe in der Russischen Sozialistischen Sowjet-Republik. S. 10—12.

Über die Teilnahme der arbeitenden Bevölkerung an der Unterstützung der Wirksamkeit der Heilanstalten. S. 12—13.

Erster Allrussischer Kongreß der gerichtlich-medizinischen Sachverständigen vom 20. bis 25. Sept. 1920. S. 13—14.

Leibowitsch, A., Lage des staatlichen medizinischen Sachverständigen, sein Recht und seine Verpflichtungen gegenüber den gerichtlichen Untersuchungsorganen. S. 14—15.

Beschlüsse des Ersten Allrussischen Kongresses der gerichtlich-medizinischen Sachverständigen. S. 15—17.

Beschlüsse der Ersten Allrussischen Tagung über die Fragen der Schutzpockenimpfung vom 27. bis 30. Jan. 1921. S. 18—22.

1. Über die gegenwärtige Lage der Impfinstitute und deren Wirkungskreis in der Russischen Sozialistischen Sowjet-Republik.
2. Über den Wirkungskreis der Impfinstitute, die notwendig sind zur Sicherstellung der Republik mit der erforderlichen Menge Lymphe.
3. Über den Unterricht über die Schutzpockenimpfung in den höheren und mittleren medizinischen Schulen und über die Vorbereitung des Impfpersonals.
4. Über die Lage der Schutzpockenimpfung in der Russischen Sozialistischen Sowjet-Republik und über den Entwurf ihrer Organisation in den Gouvernements und den Kreisen.
5. Über die Organisation der Schutzpockenimpfung bei den Truppen.
6. Über die Organisation der Schutzpockenimpfung bei den Eisenbahnen.
7. Über das Zentrale Reichs-Institut für Schutzpockenimpfung und dessen Aufgaben.
8. Über die Berichterstattung und Statistik der Schutzpockenimpfung.
9. Über die Aufbewahrung, Versendung und Kontrolle der Lymphe.
10. Über eine intensive Methode zur Herstellung der Lymphe.
11. Über die Lokalisation des Mikroben in den inneren Organen geimpfter Tiere.

Verzeichnis der 53 Impfanstalten.

Programm der 2 bis 3monatigen Kurse für Impfer mit nichtmedizinischer Vorbildung.

Vierter Allrussischer Kongreß der Bakteriologen und Epidemiologen vom 20. bis 25. Mai 1920. S. 22—29.

Erste Allrussische Konferenz der Vorsteher der Heilunterabteilungen der Gesundheitsabteilungen am 16. Dez. 1920. S. 29—34.

Konferenz über die Verbesserung der therapeutisch-sanitären Hilfeleistung für die Bergwerksarbeiter. S. 34—35.

Kurzer Abriß über die Wirksamkeit des Reichs-Instituts für Volksgesundheitspflege. S. 34—36.

Dubrowunskyi, S., Von der Tätigkeit der zentralen Serum-Vakzine-Kommission während des Jahres 1920. S. 36—37.

Arbeiten der sanitär-epidemiologischen Abteilung des Volkskommissariats für das Jahr 1921. S. 37.

Barchan, E., Sanitäre Ernährungsangelegenheit in der Russischen Sozialistischen Sowjet-Republik. S. 37.

Von der Wirksamkeit der wissenschaftlichen Unterabteilung der Pharmakologischen Abteilung des Volkskommissariats für Gesundheitswesen. S. 38.

Pest am Strand des Schwarzen Meeres. S. 38—39.

Klinisches Institut namens des Genossen Lenin in Kasan. S. 39.

Sanitäres Wohnungs-Inspektorat des Kreises Susdal. S. 39.

Von der Tätigkeit der Mission des Russischen Roten Kreuzes in der Tschechoslowakei. S. 39—40.

Kleine sanitäre Organe. (Beständige Arbeiter- und Bauern-Sanitätskommissionen.) S. 40—41.

Aktionen und Verordnungen der Regierung.

Verordnung des Rates der Volkskommissare vom 14. Jan. 1921 über die Versorgung der bakteriologischen Institute und Laboratorien der Republik, welche vorbeugende und diagnostische Heilsera verarbeiten. S. 44—45.

Verordnung des Rates der Volkskommissare vom 21. Mai 1921 über die Maßnahmen zur Verbesserung der Wasserversorgung, der Kanalisation und Assanierung in der Republik. S. 45.

Dekret des Rates der Volkskommissare vom 30. Mai 1921 über die Sicherstellung der Arbeiter, welche die epidemische Pest bei Menschen bekämpfen. S. 45.

Dekret des Allrussischen Zentralen Vollzugskomitees und des Rates der Volkskommissare vom 23. Juni 1921 über die Verwaltung von Kurorten, die für das ganze Reich von Bedeutung sind. S. 46.

Verordnung des Rates der Volkskommissare vom 1. Juli 1921 über Vereinbarkeit des qualifizierten medizinischen und tierärztlichen Personals. S. 46.

Rundschreiben des Volkskommissars für Gesundheitswesen an alle Gouvernements-Gesundheitsabteilungen über die Organisation der Hebammenschulen und des qualifizierten Sanitätspersonals. S. 47—48.

Rundschreiben des Volkskommissariats für Gesundheitswesen an alle Gouvernements-, städtischen und Kreis-Gesundheitsabteilungen über die ärztliche Privatpraxis. S. 48—49.

Mitteilungen.

Gesundheitskommission des Völkerbundes. Der Völkerbund hat es sich bekanntlich zur Aufgabe gemacht, über hygienische Fragen von internationaler Bedeutung gemeinsam zu beraten und die einheitliche Ausführung der zur Lösung solcher Fragen gemachten Vorschläge in die Wege zu leiten. Um diese wohl vornehmste und praktisch bedeutsamste seiner Aufgaben auf eine internationale wissenschaftliche Grundlage zu stellen, wurde im Jahre 1921 eine Gesundheitskommission ernannt, die sich aus folgenden Mitgliedern zusammensetzt: Professor Léon Bernard, Hygieniker in Paris; Dr. G. S. Buchanan, Abteilungsvorstand im Englischen Gesundheitsministerium; Professor A. Calmette vom Institut Pasteur in Paris; Dr. Carozzi, Ärztlicher Direktor des Internationalen Arbeitsamts in Genf; Dr. med. Henri Carrière, Direkteur des Schweizerischen Gesundheitsamts, Sir Havelock Charles, Vorsitzender des Gesundheitsrats von Britisch-Indien; Dr. med. Chodko, Minister für Volksgesundheit in Warschau; Dr. med. Luitario, Generaldirektor des Italienischen Gesundheitsdienstes; Dr. Madsen, Direktor des Staatsinstituts für Serumtherapie in Kopenhagen; Prof. Miyajima vom Kitasato-Institut für Infektionskrankheiten in Tokio; Dr. med. Pulido, Vorsitzender des Spanischen Gesundheitsrats; Dr. med. O. Velghe, Vorsitzender des Belgischen Gesundheitsdienstes; Prof. E. A. Winslow, Direkteur der Internationalen Liga vom Roten Kreuz in Genf.

Mit Befriedigung dürfte es die Ärzteschaft begrüßen, daß außer Vertretern der hygienischen Wissenschaft nur ärztliche Verwaltungsbeamte in die Gesundheitskommission gewählt worden sind und dadurch der dilettantischen Behandlung von Fragen, die das Wohl der Menschheit betreffen, im vornherein vorgebeugt wurde.

Das jugoslawische Gesundheitsministerium. Wie der Chef der Abteilung für Soziale Hygiene in dem jugoslawischen Gesundheitsministerium in der Revue Internationale d'hygiène publique (Vol. II Nr. 4 Juiliet-août 1921, S. 398—401) berichtet, wurde dieses Ministerium im Jahre 1918 gegründet. Damit wurde die Medizinalverwaltung des Königreichs der Serbien, Kroaten und Slowennen von dem „inkompetenten Einfluß“ der Juristen, die bisher über alle sanitären Fragen entschieden hatten, befreit. Zur Regelung der Befugnisse der provinzialen Dienststellen in Serbien, Bosnien und Herzegowina, Kroatien und Slawonien, Montenegro, Dalmatien und Woywodine wurde im Jahre 1920 die Gründung von autonomen hygienischen Dienststellen in den Provinzen und Bezirken genehmigt. Da jede Provinz besondere sanitäre Gesetze hat, sieht das Gesundheitsministerium seine Hauptaufgabe darin, zunächst eine Einheitlichkeit der sanitären Gesetzgebung herbeizuführen. Zu diesem Zwecke wurden von ihm Gesetzentwürfe über die Überwachung der öffentlichen Gesundheit, über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und des Alkoholismus, über die Organisation des Sanitätsdienstes und über die sanitären Einrichtungen ausgebreitet.

Als eine der wichtigsten Abteilungen wird die Abteilung für Soziale Hygiene bezeichnet, deren Wirkungskreis die hygienische Volksbelehrung, die Ausbildung der Ärzte in der sozialen Hygiene, Epidemiologie, Bakteriologie, sowie in der Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, ferner die Bekämpfung von Epidemien, übertragbaren Krankheiten (insbesondere des Trachoms und der Malaria) und des Alkoholismus umfaßt.

Das monatlich erscheinende Bulletin dieses Ministeriums hat die Aufgabe, die Aufmerksamkeit und das Interesse der Ärzte und Intellektuellen auf die neuen sanitären Probleme und besonders auf die soziale Hygiene hinzulenken.

Cambridger Diplom für Gesundheitspflege. Die Universität Cambridge hat, in Erwiderung auf eine ihr von der Liga der Vereine vom Roten Kreuz in Genf zugegangene Mitteilung, ein neues Diplom für Gesundheitspflege eingerichtet.

Damit dieser Plan einen internationalen Charakter annehmen möge, werden alle diejenigen, welche den Wunsch hegen, die in den dortigen Einrichtungen für das Studium dieses Gegenstandes gebotenen Gelegenheit zu benutzen, nach dort eingeladen.

Die dort gebotene Ausbildung bezweckt in erster Linie, denen von Nutzen zu sein, die wünschen, sich mit englischen Methoden der Gesundheitswissenschaft und mit ihrer Anwendung in der Praxis näher bekannt zu machen und im Besitz eines amtlich beglaubigten Diploms (Officier of Health), welches ihre Befähigung als Gesundheitsbeamte zu wirken bescheinigt, in ihre Heimat zurückzukehren.

Die Erwerbung des Diploms ist für Angehörige aller Länder außerhalb der britischen Besitzungen möglich, welche die Befähigung nachzuweisen vermögen, als Ärzte oder Wundärzte praktisch tätig zu sein, falls dieser Befähigungsnachweis, obschon er in Großbritannien nicht verwendbar ist, von den Behörden des Landes, in dem der Bewerber um das Diplom seinen Wohnsitz hat, anerkannt wird. Das Diplom ist beim Allgemeinen Gesundheitsrat für Großbritannien und Irland (General Medical Council of Great Britain and Ireland) nicht eintragbar.

Der volle Kursus muß einen Zeitraum von neun Kalendermonaten umfassen, und alle Bewerber um das Diplom müssen an der Universität immatrikuliert und nicht weniger als zwei Trimester (terms), oder während eines Trimesters (term) und während eines Sommerkursus, in Cambridge ansässig gewesen sein.

Die Prüfung zerfällt in zwei Teile, und die in jedem Teil gestellten Anforderungen sind den für Erwerbung des englischen Diploms für Gesundheitspflege gestellten ähnlich, ausgenommen, daß keine eingehende Kenntnis der englischen, die Gesundheitspflege betreffenden Gesetze und Verordnungen verlangt wird. Es scheint von größerer Wichtigkeit zu sein, daß Bewerber um das Diplom mit den allgemeinen Grundsätzen der englischen Sanitätsgesetzgebung vertraut werden als daß sie eine ins einzelne gehende Kenntnis der gesetzlichen Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten der dortigen Gesundheitsämter besitzen.

Niederländisches National-Bureau für Anthropologie. Wie die „Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde“ in der Nr. 25 vom 24. Juni 1922 S. 2568 mitteilt, ist in Amsterdam ein National-Bureau für Anthropologie gegründet worden. Dieses Bureau hat sich zur Aufgabe gemacht, das Studium der anthropologischen Wissenschaft in Verbindung mit dem Internationalen Anthropologischen Institut in Paris und den entsprechenden nationalen Instituten in den verschie-

denen Ländern zu befördern, indem gegenseitige Beziehungen mit den Vertretern dieser Wissenschaft in den verschiedenen Ländern angebahnt und anthropologische Untersuchungen nach gemeinschaftlich festgestellten Plänen und Methoden angestellt werden sollen.

Zum Vorsitzenden dieses Bureaus wurde Prof. J. P. Kleiweg de Zwaan in Amsterdam ernannt. Das Sekretariat befindet sich ebenda, Weesperzijde 36.

Das Bureau umfaßt folgende sechs Sektionen:

1. Physische Anthropologie und Anthropogeographie,
2. Ethnographie und Ethnologie,
3. Erblichkeitslehre und Eugenik,
4. Folklore,
5. Soziologie und Kriminalogie,
6. Urgeschichte und Archaeologie.

Die Gesundheitsministerien der Welt nach ihrem Stande im Jahre 1922. Die nachfolgende Übersicht soll einen kurzen Überblick über die rasche Entwicklung der Gründung besonderer Gesundheitsministerien in der gesamten Kulturwelt geben, zu welchem Zwecke die im Jahre 1922 bestehenden Gesundheitsministerien in den verschiedenen Ländern nach Erdteilen und ihrem Gründungsjahr bzw. Erlaß des Gründungsgesetzes angeordnet wurden.

Europa. Sowjet Rußland (11. Juli 1918), Österreich (27. Juli 1918), Tschechoslowakische Republik (Nov. 1918), Ukraine (14. Dez. 1918), Königreich der Serben, Kroaten und Slowennen (29. Dez. 1918), England, Schottland, und Irland (3. Juni 1919), Polen (19. Juli 1919), Ungarn (22. Okt. 1919), Frankreich (20. Jan. 1920). Hierzu sind in den letzten Jahren noch hinzugekommen: Griechenland, wo ein Ministerium für öffentliche Hilfe im Jahre 1921 gegründet wurde, und Belgien und Bulgarien, in welchen Ländern das Ministerium für Inneres in ein Ministerium für Inneres und Hygiene umgewandelt wurde, und zwar in Belgien durch den Kgl. Beschluß vom 16. Dez. 1921 und in Bulgarien im Jahre 1922.

Amerika. Canada (1921); außerdem wurden bisher noch in vier Provinzen, die ein eigenes Parlament und selbständige Verwaltung besitzen, ein besonderes Gesundheitsministerium gegründet, nämlich in Alberta (1920), New Brunswick (1920), Ontario (1920) und Saskatschewan (1921). In Cuba erhielt im Jahre 1921 der Staatssekretär für Gesundheitswesen einen Sitz im Kabinett.

Asien. Sozialistisch-Demokratische Republik des fernen Ostens (1919), Königreich Mesopotamien (1920) und Indien, wo im Jahre 1921 das bisherige Department of Education in ein Department of Education and Health umgewandelt wurde.

Afrika. Vereinigte Staaten von Süd-Afrika (1920).

Australien. Australischer Staatenbund (1921), Neu-Süd-Wales, Victoria, Westaustralien und Neu-Seeland.

Insgesamt wurden bisher 29 Gesundheitsministerien neu gegründet oder bereits bestehenden Ministerien angegliedert. In Irland, wo bisher der Chefsekretär das Amt eines Gesundheitsministers bekleidete, ist durch die Selbständigkeitsmachung des Irischen Freistaates und des Staates Nordirland das Gesundheitsministerium in Wegfall gekommen. Dafür kann das Ministerium für Medizinalangelegenheiten in Mecklenburg-Schwerin hinzugerechnet werden.

Die Organisation der Gesundheitsministerien in verschiedenen Ländern.

Von Oberregierungsrat Dr. E. Roesle, Berlin.

Wenn man die Geschichte der Medizinalverwaltung in den Kulturländern zurückverfolgt, kommt man mehr oder weniger frühzeitig zu einem dunklen Punkt, wo jegliche Überlieferung über ihre Organisation aufhört oder wo von irgendeiner Organisation überhaupt noch nicht die Rede sein konnte. Den Mangel einer geordneten Medizinalverwaltung hat die Kulturmenschheit schwer bezahlen müssen; denn die Sterblichkeitsstatistik aus früheren Jahrhunderten gibt uns ein düsteres Bild von den Zuständen, die vor der sachgemäßen Organisation des Medizinalwesens in allen Ländern geherrscht haben müssen. Die Ursache des Zurückbleibens der Medizinalverwaltung hinter den anderen Verwaltungsgebieten lag in der Bedeutungslosigkeit der damaligen medizinischen Wissenschaft für die praktische Verwaltung, in dem Fehlen sicherer Fundamente, auf welchen eine besondere Medizinalverwaltung und Gesetzgebung hätten aufgebaut werden können. Das Wenige, was es für den Staat auf diesem Gebiete zu tun gab, wurde daher in die Hände der juristischen Verwaltungsbeamten gelegt, denen im günstigsten Falle ein Ausschuß von medizinischen Sachverständigen als beratende Instanz beigegeben wurde. Forscht man nach, womit sich eigentlich die staatliche Medizinalverwaltung — wenn man diesen Ausdruck überhaupt gebrauchen darf — in früheren Zeiten beschäftigte, so erfährt man aus dem Werke von O. Rapmund, Das öffentliche Gesundheitswesen,[1]) daß beispielsweise die älteste deutsche Zentral-Medizinalbehörde, das im Jahre 1685 in Preußen konstituierte Collegium medicum, hauptsächlich mit der Aufsicht

[1]) Leipzig 1901 S. 15.

über das Heil- und Hilfspersonal und mit der Überwachung des Arzneihandels beauftragt war. Die öffentliche Gesundheitspflege wurde dagegen als eine rein kommunale Angelegenheit angesehen, bis die großen Seuchenzüge in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die staatlichen Organe eines Besseren belehrten. Trotz der großen Aufgaben und Forderungen, welche die gleichzeitig einsetzende hygienische Wissenschaft immer gebieterischer an die Staatsverwaltung stellte, ist jedoch die juristische Bevormundung in der Medizinalverwaltung in vielen Ländern bis auf unsere Zeit geblieben.

Welche Folgen diese Bevormundung für die Medizinalverwaltung zeitige, schildert Rapmund in seinem soeben zitierten Werke (S. 16) in folgender Weise:

„Die Folge davon war, daß trotz mancher Verbesserung in bezug auf die Organisation und die Gesetzgebung des Gesundheitswesens der Schutz der öffentlichen Gesundheit selbst wenig Förderung erfuhr; alle Anregungen von fachmännischer Seite fielen meist auf unfruchtbaren Boden oder wurden gleichsam im Keime erstickt durch alle möglichen, kleinlichen, verwaltungsrechtlichen, juristischen oder finanziellen Bedenken, sowie durch das geringe Verständnis und Interesse, das behördlicherseits den Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege entgegengebracht wurde.“

Mit diesen Worten versuchte er die Zustände in der Medizinalverwaltung gegen Ende des 18. Jahrhunderts zu charakterisieren; jedoch dürften diese Worte vielfach auch noch in unserer Zeit zutreffen. Den Ärzten fehlte es an politischer Kraft, aus der ihnen seit Jahrhunderten angewiesenen nebensächlichen Stellung in der Medizinalverwaltung sich zu einer führenden Stelle durchzuringen, zumal da das Dogma von der alleinigen Befähigung des juristischen Verwaltungsbeamten zu solchen Stellen viel zu fest gewurzelt war.

Erst der letzte große Krieg hat mit diesem Dogma wie mit vielen anderen gründlich aufgeräumt. Noch nicht überall; denn es wäre doch etwas Wunderbares, wenn es plötzlich keine Rückständigkeit mehr gäbe. Jedenfalls können wir heute der Ärzteschaft in 30 Ländern zu dem Erfolg ihrer Bestrebungen um die Errichtung von Gesundheitsministerien gratulieren. Eine Bewegung, die sich in so kurzer Zeit in allen Erdteilen Bahn bricht, bezeugt nicht nur ihre Berechtigung, sondern auch ihre Notwendigkeit und verdient daher wahrlich das Interesse aller Regierenden und aller Parlamente. Auch in Deutschland stand die Ärzteschaft, wie hier betont werden muß, diesen Bestrebungen nicht teilnahmlos gegenüber, jedoch waren alle dahingehenden Vorschläge so ungenügend fundiert, daß sie weder auf die Regierung noch auf das Parlament über-

zeugend einzuwirken vermochten. Trotzdem brauchen wir jedoch noch nicht zu verzagen. Wir müssen nur mit schwererem Geschütz anfahren und dazu brauchen wir neues Material und eine hinreichende Kenntnis von der Neuorganisation der Medizinalverwaltung derjenigen Länder, auf deren Vorgehen wir uns berufen wollen; denn ein altes Sprichwort sagt: exempla trahunt.

Es kann natürlich hier nicht meine Aufgabe sein, eine erschöpfende Kenntnis von der Ausgestaltung aller bereits bestehenden Gesundheitsministerien zu geben, sondern ich muß mich vielmehr damit begnügen, das für das deutsche Interesse Wesentlichste aus der Fülle des Materials, das ich im Laufe der Zeit gesammelt und nach den Künsten der statistischen Zunft tabellarisch aufbereitet habe, herauszugreifen.

Zunächst dürfte uns die Statistik der Gesundheitsminister interessieren. Ich führe sowohl eine nominelle Statistik, d. h. der Namen der Minister, als auch eine konkrete, d. h. der Ministerportefeuilles. Daß die nominelle Statistik die konkrete schon jetzt an Zahl weit überragt, kann uns im Zeitalter des parlamentarischen Regimes nicht wundernehmen. Der Zweck der nominellen Statistik ist deshalb auch gar kein statistischer; sie soll vielmehr nur dazu dienen, einen Aufschluß über die fachmännische oder nichtfachmännische Besetzung des Ministerpostens zu erhalten. Leider versagen jedoch gerade hierin vielfach die diplomatischen Handbücher, indem sie nur den Namen der Minister wiedergeben.

Was die konkrete Statistik anbetrifft, so ist schon die chronologische Anordnung der Gesundheitsministerien für uns sehr lehrreich, da sie uns ein Bild von dem Widerhall gibt, welchen der Ruf oder vielleicht besser der Notschrei nach solchen Ministerien bisher in der gesamten Kulturwelt gefunden hat, und wir in Deutschland nur unvollständig und notdürftig davon unterrichtet sind.

Der Ruhm, das erste Gesundheitsministerium gegründet zu haben, gebührt Sowjet-Rußland; denn die diesbezügliche Verordnung des Rates der Volkskommissare datiert vom 11. Juli 1918. Wenige Tage hierauf, nämlich am 27. Juli des gleichen Jahres, wurde das Ministerium für Volksgesundheit für die Österreichische Monarchie begründet. Sogleich nach Schluß des Krieges schritten drei neugebildete Staaten, nämlich die Tschechoslowakische Republik im November 1918, die Ukraine am 14. Dezember 1918 und das Königreich der Serben, Kroaten und Slowennen am 29. Dezember 1918, zur Bildung besonderer Gesundheitsministerien. Am Ende jenes Jahres zählte man also bereits

5 Gesundheitsministerien, und zwar fast ausschließlich in slawischen Ländern. In allen diesen Ländern erstreckte sich das Arbeitsgebiet der Gesundheitsministerien ausschließlich auf das Gesundheitswesen, weshalb an die Spitze dieser Ministerien Ärzte berufen wurden.

Im Jahre 1919 schlossen sich 5 weitere europäische Länder dieser Bewegung an, nämlich England, Irland und Schottland, Polen und Ungarn. In Irland und Ungarn handelt es sich jedoch nicht um reine Gesundheitsministerien; denn für das erstere Land wurde in dem Gründungsgesetz der britischen Gesundheitsministerien vom 3. Juni 1919 bestimmt, daß der Chefsekretär für Irland zugleich das Amt eines Gesundheitsministers für Irland bekleiden soll, während in Ungarn durch das Gesetz vom 22. Okt. 1919 ein Arbeits- und Wohlfahrtsministerium gegründet und diesem die Medizinalverwaltung mit der Bestimmung übertragen wurde, daß unter den 3 Staatssekretären dieses Ministeriums sich 2 Ärzte befinden müssen. Schottland selbst besitzt bekanntlich keine eigenen Ministerien; deshalb konnte der zentralen Medizinalverwaltung nur die Bezeichnung Board of Health zugebilligt werden. Wie in England und Schottland wurde auch in Polen an das am 19. Juli 1919 begründete Gesundheitsministerium ein Arzt gestellt, jedoch währte in England diese Herrlichkeit nicht lange. Ende des Jahres 1919 zählte man also bereits 10 Gesundheitsministerien in Europa, welche außer denen für Irland und Ungarn ausschließlich dem Gesundheitswesen dienten und deshalb in den Händen von Ärzten waren.

Gleich zu Beginn des Jahres 1920, nämlich am 20. Jan. 1920, wurde das französische Gesundheitsministerium begründet und an dessen Spitze ein ärztlicher Deputierter gestellt. Inzwischen hatte diese Bewegung auch auf die anderen Erdteile übergegriffen. In Amerika beschränkte sie sich bisher nur auf Canada und Cuba. In dem ersteren Lande gingen die Provinzen, die bekanntlich eine selbständige Verwaltung und ein eigenes Parlament haben, voran. Schon im Jahre 1920 hatten drei Provinzen, Alberta, New Brunswick und Ontario, ein Gesundheitsministerium aufzuweisen, hierzu kam im nächsten Jahre die Provinz Säskatschewan. Im gleichen Jahre wurde auch ein förderales Gesundheitsministerium für ganz Canada dadurch gebildet, daß das erst nach dem Kriege geschaffene Ministerium für die Zivilversorgung der Truppen zu einem Ministerium für Hygiene erweitert und mit einem Arzt besetzt wurde. Ebenso ließ sich feststellen, daß der Gesundheitsminister von New Brunswick ein Arzt ist.

In Cuba, wo nur Departements unter einem Gouverneur bestehen, erhielt der Leiter des Departements für Gesundheitswesen ebenfalls einen Sitz im dortigen Kabinett.

Zu dem gleichen Erfolge wie in Canada führte diese Bewegung in Australien. Hier schufen sich zunächst 3 Einzelstaaten, Neu-Süd-Wales, Victoria und Westaustralien ein Gesundheitsministerium, welchem am 7. März 1921 das föderale Gesundheitsministerium für den Australischen Staatenbund folgte. Gleichzeitig wurde in Neu-Seeland ein Gesundheitsministerium begründet. In Afrika war es ebenfalls eine Staatenunion, welche ein besonderes Gesundheitsministerium im Jahre 1920 ins Leben rief, nämlich die Vereinigten Staaten von Südafrika. In Asien waren es wiederum 2 neugebildete Länder, welche die Organisation ihres Medizinalwesens einem besonderen Gesundheitsministerium übertrugen, nämlich die Sozialistisch-demokratische Republik des fernen Ostens und das Königreich Mesopotamien. Außerdem wurde in Britisch-Indien das bisherige Departement of Education zu einem Department of Education and Health erweitert und dem bisherigen Sanitätsbureau in Japan der Rang eines Departements, d. h. einer selbständigen Abteilung im Ministerium des Innern verliehen, während in China ein besonderes Gesundheitsministerium unter Leitung eines Arztes begründet wurde.

Dagegen war die weitere Entwicklung dieser Bewegung in Europa bisher nur schwach. Am 16. Dez. 1921 wurde in Belgien durch ein königliches Dekret das Ministerium des Innern in ein Ministerium des Innern und der Hygiene umgewandelt. Der gleiche Vorgang wurde aus Bulgarien gemeldet, während in Griechenland im Jahre 1921 ein besonderes Ministerium für öffentliche Unterstützung gebildet wurde, über dessen Wirkungskreis ich allerdings noch nichts Näheres in Erfahrung bringen konnte.

Damit glaube ich ein erschöpfendes Bild von dem gegenwärtigen Stand der uns hier interessierenden Sache gegeben zu haben. Insgesamt wurden demnach während der kurzen Zeit von 1918 bis 1922 in 30 ausländischen Ländern Gesundheitsministerien oder diesen ebenbürtige Gesundheitsdepartements begründet. In 18 von diesen Ländern wurde den Gesundheitsministerien ausschließlich die Medizinalverwaltung oder damit verwandte Gebiete übertragen, in den übrigen wurde die letztere mit anderen Verwaltungsgebieten vereinigt. Durch eine solche Kombination wird naturgemäß das Vorrecht der Ärzte auf einen Ministerposten geschmälert,

wenn nicht ganz in Frage gestellt. Es ist daher wichtig, die zurzeit bestehenden Kombinationen kennen zu lernen.

Von Ungarn und Irland habe ich über die dort bestehende Kombination schon berichtet. Die Frage nach der fachmännisch-ärztlichen Besetzung des zuständigen Ministeriums scheidet daher hier im vornherein aus, in Irland schon aus dem Grunde, weil durch die inzwischen erfolgte Selbständigkeitsmachung des Irischen Freistaates und des Staates Nordirland das Gesundheitsministerium wieder in Wegfall gekommen ist. In Frankreich ist zwar das Hygieneministerium mit der sozialen Fürsorge verbunden, jedoch ist die Hygiene in den Vordergrund gestellt. Das gleiche gilt von dem föderalen Gesundheitsministerium von Canada, das, wie schon erwähnt, nur eine Erweiterung des Ministeriums für die Zivilversorgung der Truppen darstellt und nach Erledigung der letzteren Aufgabe wohl ausschließlich der föderalen Medizinalverwaltung dienen dürfte. Dieses Ministerium wurde nach seiner Erweiterung in logischer Folge mit einem Arzte besetzt. Von den canadischen Provinzen hat nur New Brunswick ein eigentliches Gesundheitsministerium, das auch mit einem Arzte besetzt ist, aufzuweisen; in Ontario ist die Gesundheitspflege mit der Arbeit und in Alberta und Saskatschenau mit den gemeindlichen Angelegenheiten verbunden. Während die drei australischen Staaten Neu-Süd-Wales, Victoria und Westaustralien besondere Gesundheitsministerien besitzen, wurde das föderale Gesundheitsministerium des Australischen Staatenbundes dem Ministerium für Handel und Zölle angegliedert. Dagegen wurde in Neu-Seeland und ebenso in Britisch-Indien das Gesundheitsministerium mit dem Unterrichtsministerium verbunden. Nur die Vereinigten Staaten von Südafrika besitzen ein besonderes föderales Gesundheitsministerium. In Belgien und Bulgarien wurde, wie schon erwähnt, das Ministerium des Innern zu einem Ministerium des Innern und der Hygiene ausgebaut, während über die Gliederung des griechischen Ministeriums für öffentliche Unterstützung, dem die Medizinalverwaltung zugeteilt sein soll, noch zu wenig bekannt ist.

Dagegen läßt sich feststellen, daß nur wenige von den 18 Ländern mit eigentlichen Gesundheitsministerien gegenwärtig einen Nichtarzt an der Spitze seines Gesundheitsministeriums aufzuweisen haben, darunter England. Dies ist nur dadurch verständlich, daß auch das englische Gesundheitsministerium kein eigentliches Gesundheitsministerium darstellt, sondern, wie wir noch sehen werden, neben der Medizinalverwaltung noch eine Reihe von mehr

oder weniger verwandten Verwaltungsgebieten umfaßt. Nur der erste englische Gesundheitsminister, Bernd Addison, dem die Organisation des englischen Gesundheitsministeriums zu verdanken ist, war, wie schon erwähnt, ein Arzt.

Damit kommen wir zu der wichtigen Frage bezüglich der Regelung der Besetzung solcher Fachministerien mit Fachmännern. Soviel ich in Erfahrung bringen konnte, enthält nur das Gründungsgesetz des jugoslawischen Gesundheitsministeriums die Bestimmung, daß der Gesundheitsminister stets ein Fachmann sein muß. In der überwiegenden Mehrheit der übrigen Länder ist man, wie es scheint, auch ohne diese gesetzliche Festlegung zu der gleichen Einsicht gelangt. Es ist jedoch wohl ohne weiteres verständlich, daß von der fachmännischen Besetzung eines solchen Ministeriums nur dann ein wirklicher Erfolg erwartet werden kann, wenn einem Fachmann die nötige Zeit gelassen wird, sich in sein verantwortungsvolles Arbeitsgebiet einzuarbeiten, um darin schließlich aufzugehen. Diese Möglichkeit ist jedoch in allen denjenigen Ländern nicht gegeben, in welchem das Gesundheitsministerium gleichwie die übrigen Ministerien als politische Behörde angesehen wird und infolgedessen der Gesundheitsminister genötigt ist, bei jedem Kabinettswechsel sogleich wieder abzutreten. Dies war erst kürzlich in England beim Sturze des Kabinetts Lloyd George und bereits zweimal in Frankreich seit dem Bestehen des dortigen Gesundheitsministeriums der Fall. Der Parlamentarismus ging im letzteren Lande sogar so weit, daß man das Gesundheitsministerium bisher stets mit Deputierten oder Senatoren besetzte. Es muß jedoch fraglich erscheinen, ob selbst ein in das Parlament gewählter Arzt auch die nötigen Fähigkeiten zur Leitung eines solchen Ministeriums mitbringt. Man sollte vielmehr meinen, daß das parlamentarische Regime gerade das Hauptgewicht darauf legen sollte, daß alle solche Zentralstellen, die mit Politik überhaupt nichts zu tun haben, von anerkannten Fachmännern besetzt werden, damit bei der Beratung über unpolitische Spezialfragen im Kabinett nicht die jeweilige Anschauung einer Partei, sondern die wissenschaftliche Erkenntnis und Erfahrung zu Gehör kommen können. Dieses System hat man selbst in dem einseitigsten Staatsregime von Sowjet-Rußland wenigstens hinsichtlich der Verwaltungsstatistik zur Durchführung gebracht, indem man von dem Gedanken ausging, daß die Statistik nur dann allgemeine Anerkennung finden könne, wenn sie von einem geschulten Fachmann geleitet wird, und daß das Volk nur dann die ungeschminkte statistische Wahr-

heit erhalten könne, wenn die statistische Rechenschaftsablegung nicht einer politischen Zentralbehörde unterstellt, sondern einer unpolitischen Zentralbehörde von gleichem Range wie die übrigen Zentralbehörden anvertraut wird. Demgemäß hat man dort der Statistischen Zentralverwaltung den Rang eines Volkskommissariats verliehen und sie mit einem Fachmann besetzt, dem allerdings nur eine beratende Stimme im Rat der Volkskommissare zukommt. Dagegen ist auch dort das ärztlich geleitete Volkskommissariat für Gesundheitswesen eine politische Behörde.

In Polen hat man das Gesundheitsministerium im vornherein jeder Politik entzogen, indem bestimmt wurde, daß bei einem Kabinettswechsel der Gesundheitsminister nicht auszuscheiden braucht. Eine solche Trennung zwischen fachlichen und politischen Ministerien dürfte für das parlamentarische Regime nur von Nutzen sein, denn andernfalls dürfte es schwer fallen, hervorragende Fachmänner für einen Posten zu gewinnen, aus dem sie vielleicht schon wieder auszuscheiden gezwungen sind, noch bevor sie sich in die ihnen anvertraute Materie eingearbeitet haben. Die Volksgesundheitspflege zum Spielball der Parteien zu machen und in die Hände eines Laien zu legen, ist wohl der folgenschwerste Fehler, den eine Staatsverwaltung in dieser ernsten Zeit begehen kann. In dieser Hinsicht können die westeuropäischen Länder manches Gute von den neuen osteuropäischen Ländern lernen, die ihre staatliche Organisation im vornherein dem Geiste und den Anforderungen der Gegenwart anzupassen verstanden und hierbei glücklicherweise den Kampf mit althergebrachten Traditionen nicht zu überwinden brauchten.

Des Unterschiedes zwischen dem modernen Geiste des jungen Osteuropas und dem des alten Westeuropas werden wir noch mehr gewahr, wenn wir die Organisation der neuen Gesundheitsministerien in den verschiedenen Ländern näher betrachten. Man hat sich diese Aufgabe sowohl in England als auch in Frankreich dadurch sehr leicht gemacht, daß man einfach diejenigen Abteilungen aus den verschiedenen Ressorts, welche sich mit Gesundheitspflege oder Versicherungswesen befaßten oder seit altersher ein Anhängsel hierzu bildeten, wie z. B. die Aufsicht über die Sparkassen in Frankreich, zu einem Gesundheitsministerium zusammenstellte. Im allgemeinen ist das Arbeitsprogramm der Gesundheitsministerien in diesen Ländern das gleiche geblieben wie das der früheren Medizinalverwaltungen und den bestehenden Einrichtungen und Medizinalgesetzen angepaßt.

Die Eigenart der Zusammensetzung der Gesundheitsministerien

aus verschiedenen Ressorts offenbart sich sowohl in England als auch in Frankreich aus ihrer Organisationseinteilung. Hier wie dort ist das Gesundheitswesen nur in einer Hauptabteilung zusammengefaßt worden, welche der früheren zentralen Medizinalbehörde entspricht. Als soziale Zugabe kam in beiden Ländern nur die Kinderfürsorge und in England noch der Mutterschutz hinzu. Erstere erstreckt sich in England allerdings nur auf die Säuglinge, Kleinkinder und Jugendliche, denn es ist dem englischen Gesundheitsministerium bisher noch nicht gelungen, die speziell in England vorbildlich organisierte ärztliche Schulaufsicht der Erziehungsbehörde zu entreißen.

Im Vordergrund der Wirksamkeit dieser Hauptabteilung steht in beiden Ländern die Bekämpfung der epidemischen und Infektionskrankheiten, die sich in England auf zwei Unterabteilungen erstreckt, indem für die Bekämpfung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten noch eine eigene Unterabteilung geschaffen wurde. Weitere Unterabteilungen befassen sich in England mit der Milch- und Nahrungsmittelüberwachung, mit dem kassenärztlichen Dienst, den Apotheken, Heilmitteln und Krankenhäusern, mit der hafenärztlichen Überwachung, der Pockenschutzimpfung und mit der Errichtung von Isolierungshospitälern. Mit der Unterabteilung für Kinder- und Mütterfürsorge zählt also die Hauptabteilung für Gesundheitswesen des englischen Gesundheitsministeriums 6 Unterabteilungen. Jede dieser 6 Unterabteilungen ist mit einem verantwortlichen Leiter und dessen Stellvertreter (Deputy) besetzt, denen 41 etatsmäßige Medical officers zur Seite stehen. An der Spitze der Hauptabteilung steht der Haupt-Medizinalbeamte. Nur die epidemiologische Unterabteilung, die sich auch mit der Untersuchung der Abwässer und der Flußverunreinigung zu befassen hat, besitzt ein kleines Laboratorium, dessen Dienst von 3 Beamten versehen wird. Wie ich aus einem mir erst kürzlich zugegangenen Bericht über die gegenwärtige Organisation des englischen Gesundheitsministeriums ersehe, wurden neuerdings noch weitere gesetzliche Vollmachten, die bisher bei dem Ministerium des Innern (Home Office) verblieben waren, dem Gesundheitsministerium übertragen, nämlich hinsichtlich der Irrenfürsorge, der gewerbeärztlichen Aufsicht und der Wasseruntersuchungen. Trotz dieses Zuwachses wird man noch manche Gebiete der Medizinalverwaltung, denen man beim Studium der Organisation anderer Gesundheitsministerien begegnet, vermissen. So fehlt z. B. im englischen Gesundheitsministerium die allgemeine soziale Hygiene (nicht einmal die Be-

kämpfung des Alkoholismus ist aufgeführt), die Rassenhygiene und die Medizinalstatistik vollständig. Das Fehlen der letzteren erklärt sich jedoch nur daraus, daß England schon seit über 80 Jahren ein eigenes bevölkerungsstatistisches Amt besitzt, das sich schon seit seiner Gründung mit der Medizinalstatistik befaßt und darin Vorbildliches geleistet hat. Dieses Amt wurde nun dem Gesundheitsministerium beigegeben. Damit wurde dem Dilettantismus, dem wir auf diesem wichtigen und grundlegenden Gebiete so vielfach bei Medizinalbehörden begegnen, im vornherein vorgebeugt und eine doppelte Bearbeitung einer und derselben Materie seitens der medizinischen und statistischen Zentralbehörde vermieden. Dem englischen Gesundheitsministerium steht infolgedessen nur die Auswertung des in sachverständiger Weise aufbereiteten statistischen Materials zu, welche naturgemäß die Ärzteschaft mehr interessiert als das mühsame Studium statistischer Quellenwerke. Davon wird auch in ausgiebigster Weise in dem jährlichen Bericht des Haupt-Medizinalbeamten über den Stand der öffentlichen Gesundheit in England Gebrauch gemacht. Von dem vortrefflichen Funktionieren der Organisation der englischen Medizinalstatistik und Medizinalverwaltung gibt am besten der Umstand Zeugnis, daß der letzte derartige Bericht für das Jahr 1921 zusammen mit dem 3. Tätigkeitsbericht des englischen Gesundheitsministeriums für das mit dem 31. März 1922 endende Berichtsjahr bereits im Sommer 1922 erschienen ist. Eine derartige Leistung hat kein anderes Land aufzuweisen. Eigentlich sollte man in jedem demokratischen Staate nicht nur auf eine solche Berichterstattung, sondern auch auf eine so schnelle Berichterstattung dringen.

Demgegenüber besteht die Hygienische Hauptabteilung des französischen Gesundheitsministeriums aus 5 Unterabteilungen, nämlich außer den bereits erwähnten Unterabteilungen für Bekämpfung der Infektionskrankheiten und für Kinderfürsorge noch aus denen für Irrenwesen, Blinden- und Taubstummenfürsorge, Nationalen Wohlfahrtseinrichtungen, für die obligatorische Unterstützung der Greise, Kranken und Unheilbaren und für Heil- und Wohlfahrtsanstalten, und schließlich für öffentliche Sauberkeit und allgemeine Hygiene. Der Unterabteilung für Bekämpfung der Infektionskrankheiten ist noch die französische Sanitätsstatistik angehängt, an welchem untergeordneten Platz sie auch fernerhin die bescheidene Rolle wie bisher spielen dürfte. Wenn man bedenkt, daß heute jedes gut geleitete Geschäfts- oder Warenhaus ein besonderes statistisches Bureau besitzt und auf den statistischen

Feststellungen dieses Bureaus alle seine Kalkulationen und Spekulationen aufbaut, so kann man oft wirklich nicht begreifen, wie wenig Interesse für eine sachgemäß organisierte Statistik bei vielen Zentralbehörden vorhanden ist. Wenn man weiter bedenkt, daß das Ausland vor allem die statistischen Ergebnisse eines Landes heranzieht, um sich ein Bild von den Zuständen und Fortschritten eines Landes auf den verschiedenen Verwaltungsgebieten zu machen und sein Urteil auf dieser Grundlage bildet, so muß man geradezu staunen, welcher Kurzsichtigkeit man in dieser Hinsicht speziell noch auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung begegnet. Man vergleiche die Leistungen und Organisation der französischen Medizinalstatistik mit den Leistungen und der Organisation der englischen und man wird finden, daß einerseits dürftige Leistungen und mangelhafte Organisation, andererseits vorbildliche Leistungen und sachgemäße Organisation Hand in Hand gehen. Solche Vergleiche mit England wären allerdings nicht nur für Frankreich, sondern auch für viele andere Länder sehr lehrreich und nützlich.

Neben dieser hygienischen Hauptabteilung, welche sowohl in England als auch in Frankreich die eigentliche Medizinalverwaltung umfaßt, sind den Gesundheitsministerien in beiden Ländern noch je zwei weitere Hauptabteilungen angeschlossen, die von anderen Zentralbehörden in das Gesundheitsministerium verlegt wurden. In England sind dies die Hauptabteilungen für die Lokalverwaltung und für die Nationalversicherung, in Frankreich die Hauptabteilungen für gegenseitige Hilfe und für Versicherungswesen und soziale Fürsorge. Von diesen Hauptabteilungen dürfte wohl die für die Lokalverwaltung im englischen Gesundheitsministerium die wenigsten Beziehungen zum Gesundheitswesen haben, denn sie ist eigentlich nur eine Finanzabteilung, welcher die Überwachung des lokalen Finanzwesens einschließlich der Gewährung der Sanktionen für Anleihen für gesundheitliche oder allgemeine Zwecke und andere lokale Angelegenheiten von meist ökonomischer Natur sowie die Armenverwaltung unterstehen. Diese Abteilung wurde mit der Gesundheitlichen Hauptabteilung aus dem seit 1871 bestehenden Local Government Board in das Gesundheitsministerium verlegt. Von praktischer Bedeutung ist hingegen, daß das soziale Versicherungswesen in England wie auch in Frankreich mit dem Gesundheitsministerium verbunden wurde, wohin es auch der Natur der Sache nach, allerdings erst an zweiter Stelle, gehört; denn ein Gesundheitsministerium ist doch eigentlich dazu da, daß es alle staatlichen Einrichtungen auf dem Gebiete des Gesundheits-

wesens und der Gesundheitsfürsorge überwacht. Auf diesen Punkt muß um so mehr hingewiesen werden, als diese praktische und nützliche Verbindung bisher noch in keinem anderen Lande mit einem besonderen Gesundheitsministerium durchgeführt ist, vielmehr die soziale Versicherung meist von den immer mehr auftauchenden Arbeits- oder Sozialministerien in Beschlag genommen wird. Dagegen hat diese Angelegenheit eine nicht minder praktische Lösung dort gefunden, wo die Medizinalverwaltung dem Arbeitsministerium angegliedert ist, wie dies z. B. in den kleineren Ländern Ungarn und Niederlande der Fall ist.

Außer diesen drei Hauptabteilungen mit ihren verschiedenen Unterabteilungen hat das englische Gesundheitsministerium noch einige besondere Abteilungen aufzuweisen, nämlich eine Informationsabteilung, eine Rechtsabteilung, eine Rechnungsabteilung und eine Personalabteilung.

Wie in vielen anderen Ländern wurden auch in England dem Gesundheitsministerium sachverständige Beiräte beigegeben, zu dessen Mitglieder jedoch nicht nur Fachgelehrte, sondern alle Männer und Frauen, welche praktische Erfahrungen auf dem Arbeitsgebiete der einzelnen Beiräte besitzen, ernannt werden können. Darüber, daß diese Verbindung der Theorie und Praxis nur fruchtbringend und anregend sein wird, dürfte wohl wenigstens bei Erledigung praktischer Fragen kein Zweifel bestehen. Es wäre nur zu wünschen, daß von dieser Einrichtung ein möglichst ausgiebiger Gebrauch gemacht wird und die Ergebnisse solcher Beratungen der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden und nicht in die Akten verschwinden. Durch deren Veröffentlichung haben z. B. die Publikationen der belgischen und niederländischen Medizinalverwaltung in letzter Zeit große Bedeutung erlangt, indem hierin die die Medizinalverwaltung beschäftigenden sozialhygienischen Tagesfragen erörtert wurden.

Von Interesse dürfte es nun sein, der Organisation der Gesundheitsministerien in den westeuropäischen Ländern die der Gesundheitsministerien in den osteuropäischen Ländern gegenüberzustellen. Am wenigsten ist hierüber von Sowjet-Rußland bekannt, so daß wir uns etwas eingehender mit der Organisation seines Gesundheitsministeriums, des ältesten und größten der Welt, beschäftigen müssen. An der Spitze des Russischen Ministeriums für Gesundheitswesen (nach wörtlicher Übersetzung Volkskommissariat für Gesundheitsschutz) steht ein verantwortlicher Volkskommissar und dessen Stellvertreter. Beide sind Ärzte. Ihnen zur Seite

steht gleichwie bei den übrigen 17 Volkskommissariaten ein Kollegium, das aus 3 Mitgliedern besteht, nämlich dem ärztlichen Leiter einer Abteilung des Volkskommissariats für Gesundheitswesen, dem stellvertretenden Vorsitzenden des Zentralkomitees der Gewerkschaften des Heilpersonals und einem Mitglied des Allrussischen Rates der Gewerkschaften. Wie man sieht, haben die immer einflußreicher werdenden Gewerkschaften auch Eingang in die Medizinalverwaltung sich zu verschaffen gewußt. Neben diesen beschließenden Organen, welche gegenüber dem Rat der Volkskommissare, dem Exekutivkomitee des Allgemeinen Russischen Rates und dem Allgemeinen Russischen Rat (Sowjet) verantwortlich sind, besteht als beratendes Organ ein „Gelehrter medzizinischer Beirat", auf dessen sachverständige Gutachten sich die Entschließungen der leitenden Organe aufbauen. Als die ausführenden Organe werden die Abteilungen des Volkskommissariates, deren Zahl zurzeit 16 beträgt, bezeichnet.

In ähnlicher Weise ist auch das Volkskommissariat für Gesundheitswesen in der Ukraine organisiert, das im Monat Juli des Jahres 1919 nach Sturz der Rata- und Hetmann-Regierung an Stelle des von dieser am Ende des Jahres 1918 gegründeten Ministeriums für Volksgesundheit getreten ist. Dem verantwortlichen Volkskommissar und dessen Stellvertreter, die wie in Sowjet-Rußland ebenfalls beide Ärzte sind, steht als beschließendes Organ das „Kleine Kollegium" zur Seite, das sich aus 6 Mitgliedern zusammensetzt, nämlich dem Volkskommissar, seinem Stellvertreter, dem Chef der Abteilung für die gesundheitliche Versorgung der Arbeiter, dem Chef der Heeres-Sanitätsverwaltung, dem Chef des Gesundheitsamtes des Gouvernements Charkow und dem Vorsitzenden der Gewerkschaft des Heilpersonals. Als beratendes Organ dienen das „Große Kollegium", welchem alle Abteilungsleiter des Volkskommissariats angehören, sowie die „Wissenschaftliche Kommission" und die „Sanitär-statistische Kommission", welche beide aus Sachverständigen gebildet werden. Die Zahl der Abteilungen des Volkskommissariats ist nach ihrer Umorganisation im Jahre 1922 auf 6 reduziert worden.

Von den 16 Abteilungen des Sowjet-russischen Volkskommissariates nimmt die Sanitär-epidemiologische Abteilung mit 5 Unterabteilungen, darunter solche für Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten, die erste Stelle ein; hierauf folgt die Abteilung für Hygienische Volksaufklärung, welcher u. a. die Einführung des hygienischen Unterrichts und die Verwaltung

der sozialhygienischen Museen obliegt. Eine solche zeitgemäße Abteilung finden wir in den europäischen Gesundheitsministerien bisher nur noch in dem jugoslawischen Gesundheitsministerium als Unterabteilung von dessen Sozialhygienischer Abteilung sowie in dem ungarischen Arbeits- und Wohlfahrtsministerium und zwar ebenfalls als Unterabteilung der Abteilung für Soziale Hygiene. Die 3. Abteilung bildet die Sanitätsstatistik, deren Aufgaben genau abgegrenzt sind, um eine Kollision mit den Aufgaben der Abteilung für Statistik der Volksgesundheit in der Statistischen Zentralverwaltung zu vermeiden, worüber ich Näheres in einem Artikel über die Organisation der russischen Reichsstatistik in dem Deutschen Statistischen Zentralblatt (Jahrg. 1922 Nr. 7/8 S. 101—108) berichtet habe. Hierauf folgen zwei sozialhygienische Abteilungen, nämlich die Abteilung für Gesundheitsschutz der Kinder und Jugendlichen mit einer ärztlich-pädagogischen und einer schulpädagogischen Unterabteilung und die Abteilung für Gesundheitsschutz der Mütter und Säuglinge. Diese sozialhygienischen Forderungen haben auch in den Gesundheitsministerien anderer Länder bereits Berücksichtigung gefunden, wie in England, der Tschechoslowakei, der Ukraine, Ungarn, Österreich, Polen und Frankreich, und werden weiterhin noch an Bedeutung gewinnen, vielleicht jedoch manchmal zum Schaden der Rasse. Hierauf folgen 6 medizinische Abteilungen, nämlich für Heilwesen, Kurorte, die Militärsanitäre Hauptverwaltung, die Medizinisch-sanitäre Abteilung der Verkehrswege, die Röntgenologische Abteilung und die Abteilung für die Versorgung mit Medikamenten. Den Schluß bilden die 4 geschäftlichen Abteilungen und die Redaktion des offiziellen Publikationsorgans, der Nachrichten des Volkskommissariats für Gesundheitswesen. Wie in England unterhält auch das russische Gesundheitsministerium eine Informationsabteilung, jedoch mit dem Unterschied, daß die russischen Informationsbureaus in das Ausland selbst, wie z. B. nach Berlin, verlegt wurden, durch welche Einrichtung die von der Hygienesektion des Völkerbundes geforderte Anstellung von Hygieneattachés bei den diplomatischen Vertretungen bereits ihre Verwirklichung gefunden hat.

Von der großen Selbständigkeit der einzelnen Abteilungen des russischen Volkskommissariats für Gesundheitswesen und dessen fieberhaften organisatorischen Tätigkeit zeugt der Umstand, daß einzelnen Abteilungen verschiedene Reichsinstitute unterstellt sind, die in den letzten Jahren wie Pilze aus der Erde schossen. Voran steht das „Wissenschaftliche Reichsinstitut für Volksgesund-

heit, welches der Sanitär-epidemiologischen Abteilung des Volkskommissariats unterstellt ist und sich aus 8 Spezialinstituten zusammensetzt, nämlich dem Tropenhygienischen-, dem Sanitärhygienischen-, dem Biochemischen-, dem Serumprüfungs-Institut, den Instituten für experimentelle Biologie, für physiologische Ernährung, für Mikrobiologie und für Tuberkulose. Weiterhin sind dieser Abteilung noch unterstellt das Bakteriologische Zentralinstitut, das Zentrale Impfinstitut, das Institut für Wasserhygiene und verschiedene Staatsanstalten zur Bekämpfung der Tuberkulose. Der Abteilung für Gesundheitsschutz der Kinder sind das Reichsinstitut für physische Kultur, ein allgemeines und ein zahnärztliches Kinderambulatorium, der Abteilung für Mutter- und Säuglingsschutz das Reichs-Entbindungsinstitut, die staatlichen Kinderbewahranstalten und Mütter- und Säuglingsheime untergeordnet.

Der Abteilung für hygienische Volksaufklärung sind die beiden ständigen Ausstellungen für soziale Hygiene und für Gesundheitsschutz und das Haus für hygienische Volksaufklärung beigegeben. Ferner sind der Abteilung für Heilwesen das Reichsinstitut für Zahnheilkunde, das Orthopädische und das Milch-Institut und der Röntgenologischen Abteilung des Reichsinstituts für biologische Physik unterstellt.

Damit wurde zugleich die Frage angeschnitten, wie sich das Ausland bezüglich der Übernahme von Untersuchungsinstituten in die neugegründeten Gesundheitsministerien bisher verhalten hat. Soweit meine Aufzeichnungen über die Organisation der bestehenden Gesundheitsministerien reichen, kann ich sagen, daß nirgends solche Institute einem Gesundheitsministerium einverleibt wurden, vielmehr hat man überall, wie in Rußland, solche Institute dem Gesundheitsministerium unterstellt, denn ein solches soll organisatorische Arbeit leisten, d. h. die praktischste Anwendung der Lehren der Hygiene und der Statistik ausfindig machen und sich nicht mit technischen Einzelheiten befassen. Nur das englische Ministerium besitzt ein Untersuchungslaboratorium. Aus diesem Grunde wurde in Polen neben dem Gesundheitsministerium ein Bakteriologisches Zentralinstitut und in der Tschechoslowakei eine Reichs-Sanitätsanstalt gegründet, welche ein hygienisches, ein pharmakologisches, ein bakteriologisches, ein hydrologisches Institut und eine Lebensmitteluntersuchungsanstalt umfassen soll. Hierdurch werden die eigentlichen Arbeiten eines Gesundheitsministeriums gehoben und dessen Umfang und dementsprechend seine Kosten sehr vermindert.

Eine einheitliche Anschauung scheint auch darüber zu herrschen, daß die Gesundheitsministerien nur der menschlichen Gesundheit dienen sollen, nicht aber zugleich der des Viehes; denn wir finden in keinem Gesundheitsministerium eine Veterinärabteilung, wie noch ganz vereinzelt im Reichsgesundheitsamt. Es ist auch selbstverständlich, daß die Sorge um das Vieh in den Bereich der Landwirtschaft und nicht in den der Medizin gehört; denn die wissenschaftlichen Berührungspunkte zwischen der Medizin und der Tierheilkunde sind praktisch bedeutungslos. Nur in den jugoslawischen Gesundheitsministerien findet sich eine kleine Veterinärabteilung, die jedoch eigentlich eine falsche Bezeichnung führt; denn sie dient nur zur Bekämpfung der dort noch häufigen Zoonosen.

Behufs Informierung über die Einzelheiten der Organisation der Gesundheitsministerien ist anhangsweise eine tabellarische Übersicht über die organisatorische Einteilung der uns in Deutschland zunächst interessierenden Ministerien beigefügt.

Soviel dürfte auf Grund der hier angeführten Tatsachen schon jetzt sicher sein, daß für die Medizinalverwaltung eine neue Ära angebrochen ist, von der auch die übrigen Länder, welche ihre Medizinalverwaltung noch nicht den neuen Zeitströmungen und den Forderungen des Tages angepaßt haben, mitgerissen werden dürften. Wir haben gesehen, daß nicht nur valutastarke, sondern vornehmlich auch valutaschwache Länder ihre Medizinalverwaltung reformiert und auf eine höhere Stufe gestellt haben, wir haben gesehen, daß nicht nur Einzelstaaten, sondern auch Staatenbünde sich ein Gesundheitsministerium geschaffen haben, wodurch die bekannten Einwände des Reichsministers in der Reichstagssitzung vom 14. März 1921 hinfällig werden, und wir haben ferner gesehen, wie weit bereits die Überzeugung, daß nur ein Arzt an die Spitze der Medizinalverwaltung gehört, sich Bahn gebrochen hat.

Wenn man bedenkt, daß als einziges Betriebskapital unserem schwergebeugten Volke seine Arbeitskraft geblieben ist und unsere ganze Zukunft und die Beseitigung unserer immer drückender werdenden Notlage von der gesundheitlichen Erhaltung dieses Betriebskapitals abhängt, so darf man wohl nicht daran zweifeln, daß auch unsere Volksvertretung über kurz oder lang zu dieser Einsicht gelangen und eine zeitgemäße Umgestaltung unserer seit mehr als 40 Jahren auf dem gleichen Niveau stehengebliebenen Reichsmedizinalverwaltung immer dringender verlangen wird, deren Aufgaben in der Gegenwart wahrlich andere geworden sind als in längst vergangenen Zeiten.

Übersicht über die organisatorische Einteilung der Gesundheitsministerien in Österreich, Sowjet-Rußland, der Tschechoslowakischen Republik, Jugoslawien, England, Polen, Ungarn, Frankreich und der Ukraine.

Staat	Österreichische Monarchie	Deutschösterreich
Amtliche Bezeichnung des Ministeriums	Ministerium für Volksgesundheit	Staatsamt für Volksgesundheit
Datum des Gründungsgesetzes	27. Juli 1918	
Datum des Inkrafttretens	10. August 1918	4. November 1918
Name des parlamentarisch verantwortlichen Ministers (und dessen früherer Beruf bzw. dessen Vorbildung)	Min. Dr. Horborzewski (Prof. der Medizin an der tschechischen Universität Prag)	Staatssekretär Dr. J. Kaup (Professor der Medizin)
Abteilungen und deren Sektionen	I. Bekämpfung der Infektionskrankheiten; Verkehrshygiene und Seesanität; Heilanstalten, Krankenpflege, Irren- und Rettungswesen; Assanierung, Bau- u. Wohnungshygiene; Gefängnishygiene; Leichenwesen. II. Sanitätspersonal, Apothekenwesen und Heilmittelverkehr; Kurortwesen; Ernährungswesen. III. Bekämpfung der Tuberkulose; Geschlechtskrankheiten u. Trunksucht; Gesundheitliche Fürsorge für Kriegsbeschädigte; Gesundheitliche Jugendfürsorge; Berufs-, Gewerbe- und Unfallhygiene; Gesundheitsstatistik; Propaganda u. Publizistik; Bureau des Obersten Sanitätsrates und der übrigen Fachräte.	Sektion I: 1. Übertragbare Krankheiten, Verkehrshygiene, einschlägige freie Selbsttätigkeit in der Volksgesundheitspflege (Rotes Kreuz usw.); 2a. Zivil-Heil- und Pflegestätten, Krankenpflegewesen [1]), Irren- und Rettungswesen; 2b. Anstaltsabteilungen f. Tuberkulöse, für Geschlechtskranke, für Kriegsbeschädigte, für Trunksüchtige, für Gebärende, für Säuglinge u. ältere Kinder, Selbständige Kinderspitäler, Aus- und Fortbildung der Fürsorgeschwestern. 3. Assanierung, Bau-, Wohnungs- und Siedlungshygiene, Krieger-Heimstätten, Gefängnishygiene und Leichenwesen; Sektion II: 4. Zivil-Sanitätspersonal; 5. Apothekenwesen; 6. Ernährungshygiene (Überwachung des Lebensmittelverkehrs), Kurortwesen, Badewesen. Sektion III: 7. Bekämpfung der Tuberkulose, Fürsorge f. Kriegsbeschädigte;

[1]) Seit dem 27. Jan. 1919 wurde Krankenpflegewesen u. Krankenpflegepersonen zu einer besonderen Abteilung (2c) gemacht.

Bundesstaat Österreich	Russische sozialistische föderative Sowjet-Republik
Volksgesundheitsamt im Bundesministerium für soziale Verwaltung	Volkskommissariat für Gesundheitsschutz
Erlaß vom 20. März 1919	11. Juli 1918
	Juli 1918
Vom 9. Mai 1919 bis 22. Okt. 1920: Unterstaatssekretär Dr. J. Tandler (Prof. der Medizin an der Universität Wien). Seit 26. Nov. 1920: Unterstaatssekretär Dr. Karl Helly (Landessanitätsref. für Niederösterreich)	Volkskommissar Dr. med. N. A. Semaschko (Arzt u. Prof. für soziale Hygiene) Mitglied des Rates der Volkskommissare. Stellvertreter: Dr. med. S. P. Solowjew, Arzt

Bundesstaat Österreich

I. Seuchenbekämpfung u. allgemeine Gesundheitspflege.
  1. Verhütung von Infektionskrankheiten;
  2. Desinfektionswesen;
  3. Verkehrshygiene;
  4. Assanierung;
  5. Bau-, Wohnungs- und Siedlungshygiene;
  6. Gefängnishygiene;
  7. Leichenwesen.

II. Ernährungshygiene (Überwachung des Lebensmittelverkehrs).

III. Gesundheitl. Jugendfürsorge.
  1. Hebammenwesen;
  2. Säuglings- und Kleinkinderfürsorge;
  3. Fürsorge im schulpflichtigen Alter;
  4. Fürsorge für Jugendliche;
  5. Körperpflege und Leibesübungen.

IV. Bekämpfung der Tuberkulose und Trunksucht.

V. Bekämpfung der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

VI. Heilfürsorge für Kriegsbeschädigte.
Heil- und Pflegeanstalten.
Ökonomisch - administrative Agenden.

Russische sozialistische föderative Sowjet-Republik

A. Beschließendes Organ:
Kollegium des Volkskommissariats für Gesundheitsschutz
3 Mitglieder
(außer dem Volkskommissar u. dessen Stellvertreter):
Dr. A. P. Golubkow, Chef der Abteilung XI,
N. M. Petrow (Gewerkschaftsmitglied),
M. F. Kuleschow „

B. Ausführende Organe:

I. Sanitär-epidemiologische Abteilung.
  1. Sanitäre Unterabteilung (Allgemeine Angelegenheiten, Desinfektion, Wasserreinigung, Wohnungshygiene, Wasser-, Luft- und Bodenhygiene);
  2. Epidemiologische Unterabteilung (Allgemeine Angelegenheiten); Bakteriologische Sektion, Impfwesen:
  3. Sanitär-technische Unterabteilung;
  4. Bekämpfung der Geschlechtskranken;
  5. Bekämpfung der Tuberkulose.

II. Hygienische Volksaufklärung.
  1. Unterricht;
  2. Bibliotheken;
  3. Verlag;
  4. Museum und Ausstellungen.

III. Sanitäts-Statistik.

IV. Gesundheitsschutz der Kinder u. Jugendlichen.
  1. Ärztlich-pädagogische Unterabteilung;
  2. Schul-pädagogische Unterabteilung.

V. Gesundheitsschutz der Mutterschaft und der Säuglinge.

VI. Heilwesen.
  1. Allgemeine und spezielle Heilhilfe;
  2. Begutachtung;
  3. Prothesen;
  4. Ärztliche Versorgung der Gefängnisse;
  5. Gerichtliche Medizin und Begutachtung.

Staat	Österreichische Monarchie	Deutschösterreich
Amtliche Bezeichnung des Ministeriums	Ministerium für Volksgesundheit	Staatsamt für Volksgesundheit
Datum des Gründungsgesetzes	27. Juli 1918	
Datum des Inkrafttretens	10. August 1918	4. November 1918
Name des parlamentarisch verantwortlichen Ministers (und dessen früherer Beruf bzw. dessen Vorbildung)	Min. Dr. Horborzewski (Prof. der Medizin an der tschechischen Universität Prag)	Staatssekretär Dr. J, Kaup (Professor der Medizin)
	IV. Nichtärztliche Personalangelegenheiten; Budget- und Rechnungsdienst; Juristisch - administrative und juristisch-legislative Angelegenheiten.	8. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 9. Gesundheitliche Jugenfürsorge, Sozialhygienische Fortbildung der Ärzte, Hebammenwesen, Fürsorgeschwestern; 10. Berufs-, Gewerbe- und Unfallhygiene, Sozialhygienisches Museum, Bekämpfung der Trunksucht. Sektion IV. 11. Personalangelegenheiten der Beamten, Rechts- und Verwaltungsangelegenheiten, Budget- u. Rechnungsdienst; 12. Juridisch-administrative Angelegenheiten; 13. Juridisch - legislative Angelegenheiten. Abteilungen außerhalb des Sektionsverbandes: 14. Militär-Sanitätspersonal, Gesundheitsdienst bei den Truppen; 15a. Militär-Sanitätsanstalten; 15b. Ökonomisch - administrative Angelegenheiten des Militär-Sanitätswesens; 16. Gesundheitstechn. Dienst; 17. Statistik des Volksgesundheitswesens; 18. Presse, Propaganda u. Publizistik, Archiv- u. Bibliothekdienst.
Wissenschaftliche Beiräte	Oberster Sanitätsrat	Oberster Sanitätsrat

Bundesstaat Österreich	Russische sozialistische föderative Sowjet-Republik
Volksgesundheitsamt im Bundesministerium für soziale Verwaltung	Volkskommissariat für Gesundheitsschutz
Erlaß vom 20. März 1919	11. Juli 1918
	Juli 1918
Vom 9. Mai 1919 bis 22. Okt. 1920: Unterstaatssekretär Dr. J. Tandler (Prof. der Medizin an der Universität Wien). Seit 26. Nov. 1920: Unterstaatssekretär Dr. Karl Helly (Landessanitätsref. für Niederösterreich)	Volkskommissar Dr. med. N. A. Semaschko (Arzt u. Prof. für soziale Hygiene) Mitglied des Rates der Volkskommissare. - Stellvertreter: Dr. med. S. P. Solowjew, Arzt
Verwertung der sanitären Demobilisierungsgüter. Gesundheitstechnik (Bau von Heilanstalten und Kurhäusern). Gesundheitsstatistik. Juristische Abteilung. Auskunftsstelle für die Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Presse-, Propaganda- und Bibliotheksabteilung. Heilmittel- und Apothekenwesen. Ärztliche Standesangelegenheiten und Personalangelegenheiten.	6. Apotheken; 7. Augenärztliche Hilfe; 8. Zahnärztliche Hilfe; 9. Neuro-psychopathische Unterabteilung. VII. Kurorte. 1. Hydro-balneologische Unterabteilung; 2. Technische Unterabteilung; 3. Verteilung der Kranken; 4. Kurorte in Regie der Sowjetverwaltung. VIII. Militär-sanitäre Hauptverwaltung mit 8 Abteilungen. IX. Medizinisch-sanitäre Abteilung der Verkehrswege. 1. Heilwesen; 2. Sanitär-epidemiologische Unterabteilung; 3. Wasserhygiene; 4. Isolierungs- und Durchlaßpunkte; 5. Desinfektion. X. Röntgenologische Abteilung. 1. Röntgenologie; 2. Elektromedizin; 3. Bestrahlungstherapie; 4. Ionentherapie. XI. Versorgung mit medizinischen Heilmitteln, Instrumenten usw. XII. Wirtschaftlich-materielle Versorgung. XIII. Finanzabteilung. XIV. Translozierung. XV. Allgemeine Leitung mit Sekretariat; Zentrale medizinische Bibliothek; Ausländischer Informationsdienst; Organisationsabteilung. XVI. Redaktion der Nachrichten des Volkskommissariats für Gesundheitsschutz.
Oberster Sanitätsrat	C. Beratendes Organ: Gelehrter medizinischer Beirat.

Staat	Tschechoslowakische Republik	Königreich der Serben, Kroaten und Slowennen
Amtliche Bezeichnung des Ministeriums	Ministerstvo veřejného zdravotnictvi a sělesné výchovy (Ministerium für öffentliches Sanitätswesen u. für körperliche Erziehung)	Ministarstwo narodnog Zdrawja (Ministerium für Volksgesundheit)
Datum des Gründungsgesetzes	November 1918	29. Dezember 1918
Datum des Inkrafttretens	1918	1918
Name des parlamentarisch verantwortlichen Ministers (und dessen früherer Beruf bzw. dessen Vorbildung)	Dr. Próchaska (fr. Stadtarzt von Prag) Seit 26. September 1921: Bohnmil Vrbensky	Dr. Krulj. Seit 24. Dezember 1921: Dr. H. Karamehmedowitsch (Moslem-Partei)
Abteilungen und deren Sektionen	I. Sanitäts- und medizinische Polizei. II. Krankenhäuser und Krankenanstalten; Badewesen. III. Soziale Pathologie und gesundheitliche Fürsorge für das kranke Kind. IV. Hygiene. V. Körperliche Erziehung und gesundheitliche Jugendfürsorge. VI. Juridische Sektion.	I. Haupt - Sanitätsverwaltung mit Statistischer Abteilung. II. Militär-Sanitätsabteilung. III. Veterinärabteilung (Zoonosen). IV. Bauabteilung. V. Pharmazeutische Abteilung. VI. Rechnungsabteilung. Seit 1919: VII. Sozialhygienische Abteilung: 1. Hygienische Volksbelehrung; 2. Ausbildung der Ärzte in der sozialen Hygiene; 3. Epidemiologie; 4. Bakteriologie; 5. Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten; 6. Bekämpfung von Epidemien und übertragbaren Krankheiten (Trachom, Malaria) und des Alkoholismus.

England	Polnische Republik
Ministry of Health	Ministerstwo Zdpowia Publicznego (Ministerium der öffentlichen Gesundheit)
3. Juni 1919 (Chapter 21)	Reichs-Sanitätsgesetz vom 19. Juli 1919
1. Juli 1919	
1919—1921: Dr. Bernd Addison (Arzt, früh. Präsident vom Local Government Board). Seit April 1921: Sir Alfred Mond, früher (1916—21) First Commissioner of Works. Seit Oktober 1922: Sir Arthur Griffith-Boscawen, früher Minister f. Landwirtschaft	Dr. Janiszewski (früher Bezirksarzt von Krakau). Seit 10. März 1922: Dr. Chodźko (Arzt)
I. Gesundheitswesen: 1. Allgemeine Gesundheitspflege und Epidemiologie, Statistik und Untersuchungen über Krankheiten im allgemeinen sowie praktische Anwendung der Ergebnisse mit Berücksichtigung der in- und ausländischen Untersuchungsergebnisse, Laboratoriums- und hilfswissenschaftliche Untersuchungen, Wasserversorgung, Abwässer und Flußverunreinigung, Internationale Gesundheitsangelegenheiten, Ernennung von Medizinalbeamten; 2. Mutter- und Kinderschutz, Hebammenwesen; 3. Bekämpfung der Tuberkulose (Sanatorien, Dorf-Ansiedlungen, Indurielle Kolonien für Tuberkulöse, Nachherige Fürsorge) u. der Geschlechtskrankheiten; 4. Ernährungswesen, Milch- und Nahrungsmittelüberwachung; 5. Kassenärztlicher Dienst, Apotheken, Heilmittel, Krankenanstalten;	Neuorganisation nach dem Statut vom 18. März 1921. I. Allgemeines Departement: 1. Verwaltung. (Organisation der untergeordneten Behörden, Ausarbeitung von Gesetzentwürfen und organisatorischer Fragen, Inspektion und Kontrolle der lokalen Organe des Ministeriums und der Selbstverwaltung auf dem medizinischen Gebiet, Registration des Heilpersonals und dessen Ausbildung, Angelegenheiten der Ärztekammer, ärztliche Vereine, des Roten Kreuzes.) 2. Statistik und Publikationen. (Statistik der Infektionskrankheiten, der Krankenanstalten, Bearbeitung von Berichten, Popularisierung hygienischer Erkenntnisse, Bibliothek und Herausgabe der Veröffentlichungen des Ministeriums.) 3. Heilanstalten. (Verwaltung der staatlichen Heilanstalten, Inspektion aller Heilanstalten, Beaufsichtigung der Hebammenschulen und der Schulen für sonstiges Heilpersonal.) 4. Budgetaufstellung. II. Hygiene: 1. Soziale Krankheiten. (Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, der epidemischen Krankheiten; Geisteskrankheiten.

Staat	Ungarn	Ungarn
Amtliche Bezeichnung des Ministeriums	Magyar Királyi Népioléti és Munkaugyi Ministerium (Ungarisches Arbeits- und Wohlfahrtsministerium)	Magyar Király Népioléti és Munkaugyi Ministerium (Ungarisches Arbeits- und Wohlfahrtsministerium)
Datum des Gründungsgesetzes	22. Oktober 1919	22. Oktober 1919
Datum des Inkrafttretens	28. Dezember 1919	28. Dezember 1919
Name des parlamentarisch verantwortlichen Ministers (und dessen früherer Beruf bzw. dessen Vorbildung)	Dr. A. von Benárd (Jurist) nebst drei Staatssekretären, worunter sich zwei Ärzte befinden müssen	Dr. A. von Benárd (Jurist) nebst drei Staatssekretären, worunter sich zwei Ärzte befinden müssen
Abteilungen und deren Sektionen	I. Öffentliche Sanitätsverwaltung: 1. Sanitärer Verwaltungsdienst; Amtsärzte; Sanitätsgesetzgebung. 2. Ausbildung der Ärzte und des Sanitätshilfspersonals, der Apotheker, Hebammen, des Krankenpflegepersonals und der Fürsorgerinnen. II. Sanitätspolizei: 1. Assanierung; Leichenwesen; Sanitäre Angelegenheiten der Nahrungsmittelindustrie, des Gastwirtsgewerbes und des Lebensmittelhandels; Gefängnishygiene. 2. Epidemiebekämpfung; Impfwesen. III. Soziale Hygiene: Bekämpfung der Tuberkulose, der Syphilis, des Alkoholismus, des Kretinismus, der Pellagra usw.; Errichtung u. Verwaltung von Heilstätten und Fürsorgestellen usw.; Popularisierung der Hygiene; Volksernährung; Wohnungshygiene; Gewerbe- und Verkehrshygiene. IV. Kinderschutz: 1. Organisation des allgemeinen Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderschutzes.	2. Verwaltung, Wirtschafts- und Personalangelegenheiten der staatlichen Kinderasyle. V. Krankenpflegewesen: 1. Heilanstalten; Irrenwesen; Heilmittelwesen; Rettungswesen. 2. Bewirtschaftung der Heilanstalten u. d. Sanitätsmaterials. 3. Apothekenwesen. 4. Bäderwesen und Sport. VI. Öffentliche Bauten: 1. Hochbau. 2. Tiefbau. VII. Arbeiterversicherung: 1. Kodifizierung von Gesetzen, Verordnungen und internationalen Verträgen auf dem Gebiete der Sozialversicherung; Aufsicht über Krankenkassen; Statistik der Kranken- u. Unfallversicherung. 2. Ausübung des Kontrollrechtes über Arbeiterversicherungs-Institutionen auf dem Gebiete der Unfallversicherung. VIII. Militärfürsorge: 1. Invalidenfürsorge. 2. Nachbehandlungsheilstätten.
Wissenschaftliche Beiräte	Landes-Sanitätsrat	

Frankreich	Ukraine
Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales	Volkskommissariat für Gesundheitswesen, hervorgegangen aus dem im Jahre 1918 gegründeten Ministerium für Gesundheitswesen
20. Januar 1920	
27. Januar 1920	Juli 1919
Bis 16. Januar 1921: Dr. J. L. Breton (Arzt u. Deputierter). Vom 17. Januar 1921 bis 13. Januar 1922: Leredu (Deputierter). Seit 16. Januar 1922: Dr. Paul Strauß Mitglied d. Akad. d. Medizin, Senator)	Dr. med. Gusewitsch (früh. Minister: Dr. med. Jakowenko) Stellvertreter des Volkskommissars: Dr. med. Baranow
I. Öffentliche Unterstützung und öffentliche Hygiene: 1. Irrenwesen; Blinden- und Taubstummenfürsorge; Nationale Wohlfahrtseinrichtungen. 2. Kinderfürsorge. 3. Obligatorische Unterstützung der Greise, Kranken und Unheilbaren; Heil- und Wohlfahrtsanstalten. 4. Öffentliche Sauberkeit u. allgemeine Hygiene. 5. Prophylaxe und Bekämpfung der epidemialen Krankheiten; Sanitätsstatistik. II. Gegenseitige Hilfe, Personal- u. Rechnungswesen: 1. Hauptverwaltung der Gesellschaften für gegenseitige Hilfe. 2. Unterstütungen; Pensionen. 3. Regelung der Pensionsansprüche von Kriegsteilnehmern. III. Versicherungswesen und soziale Fürsorge: 1. Sparkassen. 2. Herstellung billiger Wohnungen.	A. Beschließendes Organ: Kleines Kollegium mit 6 Mitgliedern: 1. Volkskommissar f. Gesundheitswesen, 2. Dessen Stellvertreter, 3. Chef der Abteilung für die gesundheitliche Versorgung der Arbeiter, 4. Chef der Heeres-Sanitätsverwaltung, 5. Chef des Gesundheitsamtes des Gouv. Charkow, 6. Vorsitzender der Gewerkschaft des Heilpersonals. B. Beratende Organe: I. Großes Kollegium, bestehend aus den Leitern der Abteilungen: 1. Heilwesen, 2. Sanitär-epidemiologische Abteilung, 3. Gesundheitsschutz für Mutter und Kind. 4. Gesundheitl. Versorgung der Arbeiter, 5. Medizinisch-sanitäre Abteilung der Verkehrswege, 6. Finanzabteilung mit Sachversorgung.
Conseil supérieur de la natalité 10 wissenschaftliche Kommissionen	II. Wissenschaftliche Kommission. III. Sanitär-statistische Kommission.

[Aus dem Hygienischen Institut der Universität Rostock.
Direktor: Professor Dr. Th. v. Wasielewski.]

Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nach Stadt und Land mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Rostock und des Staates Mecklenburg.

Von Dr. Ernst Pieper, Berlin.

I.
Einleitung.

Unter Geschlechtskrankheiten versteht man die Syphilis, den Tripper und den weichen Schanker, ohne Rücksicht darauf, wo diese Krankheiten am Körper Erscheinungen verursachen (28)[1]. Von diesen drei Erkrankungen beanspruchen Syphilis und Tripper in hygienischer Beziehung unser Hauptinteresse. Sie beide haben eine große Verbreitung, können schwere Schädigungen des Organismus verursachen, die Fortpflanzungsfähigkeit des Individuums mindern oder aufheben und die Gesundheit der Nachkommenschaft gefährden. Beide sind gefährliche Volksseuchen, während der weiche Schanker nur wenig verbreitet ist und eine rein örtliche, nach wenigen Wochen ohne Schädigung für den Erkrankten oder seine Nachkommenschaft ausheilende Erkrankung darstellt.

Die Geschlechtskrankheiten sind heute wohl auf der ganzen bewohnten Erde vorhanden, und ihre Verbreitung geht parallel der Zahl und Dichtigkeit der Bevölkerung sowie der Größe des Verkehrs. Sie dringen in die Familie ein, die an sich nichts mit dem irregulären Geschlechtsverkehr zu tun hat. „Keine andere

[1]) Die beigefügten Zahlen beziehen sich auf das Literaturverzeichnis am Schlusse dieser Abhandlung.

Infektionskrankheit ist so unabhängig von physikalischen Verhältnissen der Umgebung, so erhaben über Klima, Gegend und Konstitution, so direkt an den menschlichen Verkehr gefesselt, wie sie. Nicht Zwischenwirte oder Effekten, nicht Boden, Luft und Wasser sorgen für ihre Verbreitung, nur der menschliche Organismus ist ihr Träger und Objekt (64)." Gegen sie ist der Staat bisher machtlos.

II.
Notwendigkeit und Schwierigkeit der Zählung von Geschlechtskranken.

Syphilis und Tripper schädigen nun nicht nur das erkrankte Individuum selbst, sondern auch die Allgemeinheit, indem der Tripper in erster Linie Unfruchtbarkeit erzeugt, die Syphilis aber hauptsächlich auf die Gesundheit der nachfolgenden Geschlechter in unheilvoller Weise einwirkt. Durch beide Erkrankungen wird die Volksvermehrung ungünstig beeinflußt, die Kranken und ihre Nachkommen fallen der Allgemeinheit zur Last, der Staat hat also das größte Interesse, die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten einzudämmen. Um diese Krankheiten aber wirksam bekämpfen zu können, muß man den Umfang ihrer Verbreitung kennen. Hierzu sind genaue statistische Erhebungen notwendig. Bisher ist es aber noch niemals gelungen, eine solche zu veranstalten. Wegen des der Verbreitung dieser Erkrankungen durch den Geschlechtsverkehr eigentümlichen Charakters werden sie durch eine allgemeine Meldepflicht niemals ganz erfaßt werden. Bis vor kurzem galt es ja noch als „Strafe Gottes", geschlechtskrank zu sein, und man scheute sich, das Wort Syphilis und Tripper offen auszusprechen, wenn es auch immer einige Männer gegeben hat, die, wie Sir Thomas W a t s o n (3) im Jahre 1868 in London auf dem Kongreß der Gesellschaft zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten offen und ehrlich diese bigotte Scheu bekämpften und kräftig dafür eintraten, daß diese Kranken dasselbe Recht auf staatliche Unterstützung hätten wie andere. Aber außer dieser Verheimlichung, die heute wenigstens zum Teil in Deutschland dank der aufklärenden Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten behoben ist, gibt es auch noch andere Gründe, die eine restlose Erfassung aller Geschlechtskrankheiten durch die Statistik unmöglich machen. So alle die zahlreichen Fälle, die ihre Heilung beim Kurpfuscher suchen. Dann wird die Syphilis, die in ihrem langen Verlauf so verschiedene Organe ergreifen kann, einer

exakten Zählung stets große Schwierigkeiten entgegensetzen, und ferner gibt es wohl kaum eine andere Krankheit, bei der soviel diagnostische Irrtümer unterlaufen, wie gerade bei den Geschlechtskrankheiten. Aber wenn auch die Zahlen nur annähernde Werte ergeben, so sind die Zählungen doch insofern von eminenter Bedeutung, als man dadurch wenigstens die Mindestzahlen erhält, und sich ungefähr ein Bild von der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten machen kann.

III.
Historischer Überblick über die Zählungen von Geschlechtskrankheiten.

Aus den oben angeführten Gründen hat man erst in neuerer Zeit versucht, diese Schwierigkeiten zu überwinden und genauere Erhebungen zu veranstalten, wenn man auch einige spärliche Angaben über die Zahl vorhandener Geschlechtskranken in früheren Zeiten besitzt. So finden wir im 25. Kapitel des 4. Buches Mose, daß von den Israeliten, die mit den Töchtern der Moabiter Unzucht zu treiben begonnen hatten, und an der „Plage des Baal-Peor" — nach Kap. 31 zweifellos eine Geschlechtskrankheit — erkrankten, 24000 starben. Angaben über die Zeit, über die sich dieses Sterben erstreckte, sind nicht gemacht, ebenso keine Angaben über die Gesamtbevölkerung. Zwar finden wir im 26. Kapitel, daß nach dem Sterben 601730 männliche wehrfähige Israeliten über 20 Jahren und 23000 männliche Leviten über 1 Monat vorhanden waren, doch läßt sich daraus natürlich auch nicht annähernd der prozentuale Anteil der Geschlechtskranken berechnen. Ende des 1. Jahrhunderts, dann um 1300 und 1400 finden wir Schriften, aus denen eine große Verbreitung des Trippers in Europa hervorgeht, doch leider sind nähere Zahlen nicht angeführt. Um 1500 kann man sich dann wenigstens annähernd einen Begriff über die Verbreitung der Syphilis aus den Angaben machen, daß $^1/_{20}$ der Bevölkerung Italiens erkrankt sei, und in ganz Europa kein Dorf von 100 Einwohnern vorhanden sei, wo in damaliger Zeit nicht 10 an der Lues gestorben seien (85).

Eine genaue Zusammenstellung von Syphilitikern in Straßburg finden wir für 1495 aus den Rechnungen der „Platerärzte", die aus dem Blatternhaus in Straßburg stammen, ferner für 1544, 1568—1614 mit einigen Unterbrechungen. Auf die Gesamtbevölkerung berechnet befanden sich 1495 in Straßburg ca. 3,5 Proz., diese Zahl hielt sich bis 1600, um dann 1609 auf 14 Proz. zu steigen. Diese Angaben haben statistischen Wert insofern, als sie wohl alle in Straßburg anwesenden Kranken berücksichtigen und eine Unterscheidung der Syphilis von anderen Erkrankungen wohl möglich war, da ganz vorzügliche Beschreibungen über Syphilis und die Trennung über Syphilis und Lepra von Straßburger Geistlichen der damaligen Zeit vorhanden sind, insbesondere das vorzügliche, in Straßburg gedruckte und bald anderen Orts in zweiter Auflage erschienene Buch „Tractatus clarissimi medicinarum doctoris Johannis Widmann, dicti Meichinger, de pustuilis quae vulgato nomine dicuntur mal de Franzos, 1497 (119)."

Genaue Zahlen finden wir dann bei der Volksvisitation, die die österreichische Regierung in 11 Küstenbezirken des Quarnero 1818 veranstalten ließ, da hier

durch Einschleppung von außerhalb eine luesartige Erkrankung „das Skerlievo“ bei 14—20000 Menschen ausgebrochen sein sollte. Man fand bei einer ortsanwesenden Bevölkerung von 131484 Einwohnern 2972 Kranke und 1194 Verdächtige. Die Untersuchung ergab außer einer viel geringeren Anzahl von Erkrankten, als man vermutet hatte, daß es sich nicht um eine reine Syphilis, sondern um ein Gemisch vieler Hautkrankheiten handelte. Durch eine planmäßige und zielbewußte Spitalbehandlung und ausgiebige, gründliche Desinfektionen gelang es dann, diese Krankheit auszurotten (84). 1826 wird in einem Bericht der Gumbinnener Regierung die jährliche Anzahl der Venerischen im Stadt- und Landkreis Danzig bei einer Einwohnerzahl von 54000 auf 133 1/3 angegeben, doch bezweifelt Hufeland, der mit der Bearbeitung des Materials von der preußischen Regierung beauftragt war, diese Zahlen, da es „trotz aller Verfügungen wohl nie dahin kommen wird, daß alle Ärzte und Wundärzte jeden von ihnen behandelten venerischen Kranken zur Anzeige bringen, der vielen Fälle nicht zu gedenken, wo leichtere primäre venerische Übel (Tripper) von den Kranken selbst behandelt oder abgewartet und durch Naturhilfe, Diät usw. geheilt werden (29).“

Planmäßiger begann dann um 1840 durch französische Forscher die Erfassung der Geschlechtskranken, allmählich folgten andere, so Hermann Hölder 1851 in seiner „Statistik der venerischen Krankheiten“, ferner eine sehr große Anzahl kleiner Abhandlungen einiger Krankenhäuser, einzelner Städte und Länder, unter Zivil und Militär. Doch eine wissenschaftliche Verwertung aller dieser Arbeiten ist unmöglich, da es an einer einheitlichen und ausführlichen Darstellung fehlt.

Über die Verhältnisse in außereuropäischen Ländern ist man nur auf die Angaben und ungefähren Schätzungen der Reisenden angewiesen. In den meisten Kulturstaaten scheinen ähnliche Zustände, wie in Europa zu herrschen, in den Küstenstrichen halbzivilisierter Länder, die durch Schiffsverkehr mit Kulturvölkern in häufigerere Berührung kommen, ist die Syphilis stark vertreten. Dringt diese ins Innere des Landes, so kann sie bei der Unwissenheit, Gleichgültigkeit und Schmutzigkeit der wilden oder halbwilden Bevölkerung zu einer furchtbaren Seuche werden, die, ohne an den Geschlechtsverkehr gebunden zu sein, sich epidemisch verbreitet.

Die nun folgenden Zählungen sind ausführlicher und planmäßiger ausgeführt und lassen sich bei der Beurteilung der Frage, ob die Geschlechtskrankheiten in der Stadt und auf dem Lande verschieden verbreitet sind, verwerten, wenn auch sie von verschiedenen Gesichtspunkten aus veranstaltet, also nicht einheitlich sind und Mängel aufweisen, die, wie oben schon erwähnt, wohl nie ganz vermieden werden können.

So besitzen wir eine Statistik der Syphilis in Bayern, 1862/71, die zwar nur die in den Krankenhäusern behandelten Fälle berücksichtigt, aber doch von einigem Wert ist, da sie sich über eine lange Reihe von Jahren erstreckt und über ein ziemlich großes Material verfügt (67). Aus dem Jahre 1874 stammt eine äußerst ausführliche Arbeit die alle in finnischen Krankenhäusern von 1859—1870 behandelten venerischen Erkrankungen umfaßt. Sie hat deshalb mehr Wert als andere, nur Krankenhausfälle berücksichtigenden Statistiken, weil in Finnland fast alle Venerischen sich in Krankenhäusern behandeln ließen (58). Sonst sind die Statistiken von Krankenhäusern wenig verwertbar, denn hierbei werden nur die bei den Geschlechtskranken nur einen Bruchteil ausmachenden Erwerbsunfähigen und auch nur die gezählt, die nicht in der Lage oder gewillt sind, die Pflege in der eigenen Wohnung durchzuführen. Auch die jetzt freie Kranken-

hausbehandlung muß das Bild gegen früher wesentlich ändern, so daß Vergleiche schwer fallen oder überhaupt unmöglich sind. Dann stehen uns sehr genaue Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den einzelnen Heeren zur Verfügung, die seit ungefähr 1870 ziemlich lückenlos vorhanden sind. Bei diesen Statistiken ist allerdings zu berücksichtigen, daß sie nur einen Teil der männlichen Bevölkerung umfassen und verschieden zu bewerten sind, je nachdem es sich um Söldner-, Miliz- oder stehende Heere handelt, und ob die Soldaten kurz oder lang im Dienste stehen und aus allen Bevölkerungsschichten stammen. Zeitlich folgt 1897 eine Zählung der in den Städten Rußlands von 1889—1893 vorhanden gewesenen venerischen Erkrankungen, die zwar auch nur die Krankenhausbehandelten umfaßt, aber über die Verbreitung dieser Erkrankungen in Städten verschiedener Größe mancherlei Anhaltspunkte gibt, zumal sie sich über 5 Jahre erstreckt (78). In Preußen fand die erste Zählung am 30. April 1900 statt; sie umfaßte alle die an diesem Tage in Behandlung stehenden über 15 Jahre alten Geschlechtskranken. Da sie nur einen Tag berücksichtigte und die Beteiligung der Ärzte nur 63 Proz. ausmachte und in den verschiedenen Gegenden sehr wechselnd war, hat sie nur bedingten Wert, wenn sie auch manche wichtigen Resultate zeitigte (53). Im Herzogtum Braunschweig veranstaltete man im Jahre 1910 eine Zählung, die sich zwar über 6 Monate erstreckte, aber nur von 24,2 Proz. der Ärzte beantwortet wurde (95). Es folgten wiederholte Zählungen in Frankfurt a. M., dann vom 20. November bis 20. Dezember 1913 eine Erhebung von statistischen Ämtern deutscher Großstädte, gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in 37 deutschen Großstädten. Obwohl auch bei dieser die Beteiligung der Ärzte eine recht ungleiche war (46 bis 99 Proz.), ergab sie doch bei einem Material von 73000 Kranken sehr wertvolle Aufschlüsse. Nach dem Kriege folgte dann 1919 im Deutschen Reich eine Zählung, deren vorläufige Ergebnisse (26) vorliegen, und später, insbesondere die abgeschlossenen Resultate von Hannover (103) berücksichtigt werden. Auch diese Enquete ist leider nur sehr spärlich beantwortet worden.

„Die allerbeste, ja vielleicht die einzig brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten haben Norwegen und Dänemark (10).“ In diesen beiden Ländern haben die Ärzte Listen über die von ihnen behandelten Geschlechtskranken zu führen und die Erkrankten ohne Angabe des Namens zu melden. Natürlich kann auch diese Methode keinen Anspruch darauf machen, nun ganz genau alle Geschlechtskranken zu erfassen, da Doppelzählungen nicht ganz vermieden werden können, diagnostische Irrtümer möglich sind, und alle durch Kurpfuscher Behandelten nicht mitgezählt werden, aber trotzdem können diese sich über Jahre hinaus erstreckenden Zahlen wohl ein Bild ergeben, wie es im großen und ganzen der Wirklichkeit entspricht, wenigstens schildern sie die wahren Verhältnisse besser und richtiger als die nur periodisch veranstalteten und so ungleich beantworteten Enqueten der anderen Länder.

IV.

Ergebnisse der neueren Zählungen vor dem Kriege 1914/18 in bezug auf die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Stadt und Land.

Betrachten wir nun die neueren Zählungen, um festzustellen, ob ein Unterschied in der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten

in Stadt und Land vorhanden ist, so muß man die Vorkriegszählungen gesondert von den Zählungen nach dem Kriege betrachten, da sich die Verhältnisse durch den Krieg geändert haben. In Europa, namentlich bei den zivilisierten Nationen, fanden wir vor dem Kriege mit geringen Unterschieden immer dieselben Verhältnisse: „Die Großstädte, Industrie- und Handelsplätze, Garnisonorte und Universitäten ziemlich stark durchseucht, die kleineren Provinzialstädte weniger befallen, die Landbevölkerung verhältnismäßig frei. Eine Ausnahme hiervon machen die erst an der Schwelle der Kultur stehenden Landstriche, wo, wie in Rußland und in den Balkanländern die Landbevölkerung in erschreckendem Maße von Syphilis durchseucht ist“ (10). Diese ländlichen Bezirke, in denen der Begriff „Reinlichkeit“ noch unbekannt ist, wo ca. 90 Proz. der syphilitischen Ansteckung auf nichtgeschlechtlichem Wege stattfindet und fast die ganze Einwohnerschaft durchseucht ist [1]), müssen als ganz besondere Ausnahme bei der Frage nach der Verteilung der Geschlechtskrankheiten auf dem Lande ausgeschaltet werden.

Prüfen wir nun die vorhandenen Statistiken auf die oben aufgestellte Behauptung hin, daß die venerischen Erkrankungen in der Stadt häufiger als auf dem Lande vertreten sein sollen, so finden wir bei Oesterlen (77) die Angabe, daß in England — die Jahresangabe fehlt — auf 5 Todesfälle an Syphilis in Landdistrikten in industriellen und städtischen 9—10 kämen, und im Kanton Genf in den Jahren 1838—1855 von 19 Todesfällen durch Syphilis die Stadt 13 = 1,62, das Land 6 = 0,67 von 1000 Todesfällen lieferte.

Einen weiteren vollgültigen Beweis dafür bietet folgende Tabelle, zunächst nur für die Großstädte, die sich auf 49118 Fälle bezieht und für Finnland von Hjelt (58) aufgestellt ist.

Unter 1000 Einwohnern wurden 1861/68 in Krankenhäusern aufgenommen venerische Erkrankungen:		Unter 1000 Einwohnern wurden 1859/70 in Krankenhäusern aufgenommen venerische Erkrankungen:	
in Schweden	1,24	in Finnland	2,27
in Schweden ohne Stockholm	0,78	in Finnland ohne Helsingfors	2,08
in Stockholm (ohne Rückfälle)	14,80	in Helsingfors	14,14

[1]) Popow, Über die Verbreitung der Syphilis im Gouv. Kursk, 1884—1885, Monatsh. f. prakt. Derm. 6 (1888) und Sandberg, Syphilis im russischen Dorf. Arch. f. Derm. u. Syph. 31, Heft 3, 1895, cit. nach A. Blaschko.

Unter 1000 Einwohnern wurden 1859/70 wegen venerischer Erkrankungen behandelt:		Unter 1000 Einwohnern wurden 1859/70 wegen venerischer Erkrankungen behandelt:	
in Norwegen (ohne Go.)	0,86	in Dänemark außer Kopenhagen:	
in Norwegen (außer Christiania)	0,65	Go.	1,11
in Christiania	7,66	Lues I	0,34
		Konst. Lues	0,58
in Dänemark 1862/71	4,36		
in Dänemark ohne Kopenhagen	2,03	in Kopenhagen:	
in Kopenhagen	25,60	Go.	14,59
		L. I	6,24
		Konst. Lues	4,27

Hjelt gibt zu, daß eine Statistik der venerischen Erkrankungen schwer sei, da viele Kranke verborgen bleiben, viele Fälle nicht richtig erkannt werden, und die Rezidive statistisch nicht richtig erfaßt werden, hält diese oben angeführte Zählung aber trotzdem für ziemlich genau, da in Finnland bei gehäufter Erkrankung auf dem Lande seit 1810 genaue Besichtigungen vorgeschrieben sind, wie auch in Schweden seit 1822, und auch durchgeführt werden. So fanden in Schweden z. B. 1868 in 19 Landbezirken 68 amtliche Reisen statt. In Dänemark besteht seit 1838 auch diese Bestimmung, „sie sei aber hier nicht mehr üblich". Gerade für Finnland und Schweden, wo die meisten Geschlechtskranken damals in öffentlichen Krankenanstalten verpflegt wurden, hat also die oben angeführte Statistik Wert, aus der die wesentlich größere Beteiligung der Großstadt an den Geschlechtskrankheiten hervorgeht.

Eine weitere Statistik, die sich aber auch nur auf die Angaben der Krankenhäuser beschränkt, besitzen wir von Majer (67) über die Verbreitung der Syphilis in Bayern, aus der auch deutlich die gegenüber dem Lande weitaus größere Verbreitung der Syphilis in den Städten hervorgeht.

Bayern 1862/71	Zahl der in allen bayer. Zivilkrankenhäusern behandelten Syphilitiker	Syphilitiker auf 10000 Einwohner ohne Militär
Ganz Bayern	32 675	6,8
männlich	20 256	8,7
weiblich	12 419	4,9
München	6 717	43
Nürnberg	4 591	61
Würzburg	3 617	100 *)
Augsburg	2 547	56
in allen städtischen Krankenhäusern	24 648	42,8
in allen ländlichen Krankenhäusern	8 027	1,9

Weit wertvollere Zahlen finden wir in den Erhebungen des Königreichs Dänemark, wo seit 1874 ein Gesetz besteht, nach welchem jeder das Recht hat, sich auf öffentliche Kosten wegen

*) Hier viel Militär, das nicht bei der Berechnung berücksichtigt ist.

venerischer Erkrankung behandeln zu lassen, durch welches aber auch jeder, der nachweislich daran leidet, gezwungen werden kann, sich durch einen approbierten Arzt behandeln zu lassen und diesen Nachweis zu erbringen, widrigenfalls Zwangsbehandlung durchgeführt werden kann. Die Ärzte haben alle venerischen Erkrankungen zu melden. Aus diesem Grunde haben die statistischen Angaben eines solchen Landes ganz besonderen Wert. Brasch (14) gibt für die 12 Jahre von 1874—1885 folgende Zahlen:

	Vener. Erkrankungen	davon Syphilis	Pro Mille der Einw. jährlich: Vener. Erkrankungen	davon Syphilis
Kopenhagen	82287	12036	29,02	4,16
Größere Provinzstädte	17385	2715	5,16	0,8
Provinz	28215	5197	1,36	0,24
Plattes Land	10820	2485	0,62	0,14

Bei Blaschko (10) finden wir folgende Tabelle über die venerischen Erkrankungen in Dänemark in den Jahren 1886/95:

Erkrankungen an	Jahresdurchschnitt	In Kopenhagen in ‰ der Bev.	In Provinzstädten in ‰ der Bev.	Auf dem platten Lande in ‰ der Bev.
Tripper	1876/85	19,86	—	—
	1886/95	13,8	2,21	0,27
Syphilis	1876/85	4,16	0,8	0,14
	1886/95	3,75	0,49	0,08
Weichem Schanker	1876/85	5,0	—	—
	1886/95	2,51	0,32	0,03
Sämtlichen venerischen Krankheiten	1876/85	29,02	5,6	0,62
	1886/95	20,1	3,02	0,38

Hieraus ist deutlich ersichtlich, daß die Geschlechtskrankheiten in der Groß- und Hafenstadt Kopenhagen viel zahlreicher als in den kleineren Städten und auf dem Lande sind. Es erkrankten demnach in Dänemark in den Jahren 1886/95 an Geschlechtskrankheiten:

Auf dem platten Lande	38	von	100000	Einwohnern	jährlich,
in Provinzstädten	300	„	„	„	„ ,
in Kopenhagen	2019	„	„	„	„ .

Die Verbreitung ist also in Kopenhagen mit 20 Proz. der Bevölkerung 53 mal so groß als auf dem platten Lande, siebenmal so groß als in den Provinzstädten. Ferner ergab die Zusammenstellung noch, daß die Männer in der Stadt eine fast vierfache, auf dem Lande eine sechsundeinhalbfache Krankheitsfrequenz wie die Frauen hatten. Hierbei ist aber zu bedenken, daß Frauen, besonders auf

dem Lande — und früher noch in erhöhtem Maße! — wegen venerischer Erkrankungen weniger leicht zum Arzt gehen als Männer. Mögen auch infolge der Unzulänglichkeit der Privatarztmeldungen und Fehldiagnosen die Zahlen nicht genau stimmen, so kann diese auf dem Meldezwang beruhende Tabelle der Geschlechtskrankheiten in Dänemark meines Erachtens doch ein einigermaßen richtiges Bild über die Verteilung der venerischen Erkrankungen geben. Auch für die Schweiz wird im sanitärisch-demographischen Wochenbulletin der Schweiz 1900 S. 217 angegeben, daß dort die Zustände in den Städten keine anderen als in den übrigen Ländern seien, in kleinen Städten und auf dem Lande aber die Syphilis ganz ungewöhnlich selten vorkämen [1]).

Auch die Erhebung in Preußen, die die Zahl der am 30. April 1900 behandelten Geschlechtskranken über 15 Jahre feststellen sollte, bestätigt die Erfahrung, daß die venersichen Krankheiten in den Städten bedeutend überwiegen. Sie hat zwar viele Fehlerquellen, da sie nur das Resultat eines Tages darstellt, und örtlich sehr verschieden beantwortet wurde (im ganzen nur 63 Proz. Antworten), bietet aber doch bei einem Material von 41000 Geschlechtskrankheiten einen allgemeinen Überblick. In Anlehnung an die sehr übersichtliche Tabelle von Blaschko (10) ergab die Zählung folgendes Resultat:

Ortsgrößenklassen	Von 100 Ärzten antworteten	In Behandlung auf 10 000 erwachs. Einw. des gleichen Geschlechts standen am 30 IV. 1900		In % aller Geschlechtskranken	Es lebten von der erwachs. Bev. am 1. I. 1910 in %
		männl.	weibl.		
In Berlin		141,94	45,37	28,35	5,74
In 17 Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern	54,61	99,87	27,89	32,87	9,96
In 42 Städten mit 30 000 bis 100 000 Einwohnern	61,09	58,40	17,60	13,35	6,64
In 47 Städten mit weniger als 30 000 Einwohnern	56,48	45,05	16,89	3,82	2,33
			Summe:	78,39	24,67
In Kleinstädten und Landgemeinden	71,34	7,95	2,72	21,61	75,33
In ganz Preußen	63,45	28,20	9,24	100,00	100,00

Also nur der vierte Teil der erwachsenen Bevölkerung Preußens bewohnt die Städte, hat aber dreimal soviel Geschlechtskranke als

[1]) Zit. nach Prinzing, F., „Geschlechtskrankheiten und Prostitution" im Handbuch der Medizinischen Statistik, 1906, S. 223—233.

die übrigbleibenden drei Teile der Landbevölkerung, d. h. „die Beteiligung der beiden Geschlechter an den venerischen Krankheiten steht in umgekehrtem Verhältnis zur Verteilung der Bevölkerung auf Stadt und Land“ (53). Berücksichtigt man noch die Prozentzahl der antwortenden Ärzte, die in den Städten eine niedrigere war, so wird das Resultat für das Land ein noch besseres.

Nur für die erwachsene männliche Bevölkerung bezogen, wo die Verhältnisse besonders charakteristisch liegen, war die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter je 10000 erwachsenen Einwohnern folgende:

Ganz Preußen 28
Berlin 142
Städte über 100000 Einwohner 100
Städte über 30000 Einwohner 58
Städte unter 30000 Einwohner 45
Armee 15
Kleinstädte und Landgemeinden 7,95.

Wenn auch zugegeben werden muß, daß diese Statistik nur einen Teil der Geschlechtskranken erfaßt hat, insbesondere der Frauen, die mit 9 $^0/_{000}$ gegen die Männer mit 28 $^0/_{000}$ ganz zurücktreten, weil gerade sie zweifellos diese Krankheiten mehr verheimlichen und vernachlässigen, was auch durch die Nachrichten aus den Krankenhäusern bestätigt wird, wenn auch ferner zugegeben werden muß, daß gerade die Landbevölkerung weniger als die Stadtbevölkerung den Arzt aufsucht, sondern mehr sich selbst kuriert oder durch Nichtärzte kurieren läßt, so hat doch diese Erhebung deutlich zum Ausdruck gebracht, daß die Städte mehr als das Land durch Geschlechtskrankheiten verseucht sind.

Und diese zweifellos bestehende Tatsache ergaben auch die Rekrutenaushebungen. Die hierbei gewonnenen Zahlen beziehen sich zwar nur auf einen kleinen Teil der männlichen Bevölkerung, der eine begrenzte, für den Erwerb venerischer Krankheiten besonders in Betracht kommende Altersgruppe (20—25 Jahre) ausmacht, aber sie umfassen mit Sicherheit alle venerischen Krankheiten, die bei diesem Teil der Bevölkerung zu einer bestimmten Zeit vorhanden waren. Man kann hieraus zweifellos bis zu einem gewissen Grade auf Häufigkeit und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in verschiedenen Staaten, Städten und Landesteilen Rückschlüsse ziehen. Die Zusammenstellung von Schwiening (101) ergab, daß die venerischen Erkrankungen im allgemeinen mit zunehmender Größe der Städte zahlreicher werden, daß die Großstädte am stärksten durchseucht sind.

Aushebungsbezirk Preußen	Von den Eingestellten waren venerisch erkrankt 1903/05	
	absolut	‰
Preußen	3743	7,8
Berlin	720	41,3
27 Städte mit mehr als 100 000 Einwohnern	1088	15,8
26 Städte mit 50 000 bis 100 000 Einwohnern	237	10,2
33 Städte mit 25 000 bis 50 000 Einwohnern	611	8,0
Städte mit weniger als 25 000 Einwohnern und Landgemeinden	1537	4,4
Aushebungsbezirk Bayern (ohne Pfalz)	—	—
Bayern	421	4,8
2 Städte mit mehr als 100 000 Einwohnern	136	14,9
3 Städte mit 50 000 bis 100 000 Einwohnern	23	7,9
5 Städte mit 25 000 bis 50 000 Einwohnern	7	3,6
Städte mit weniger als 25 000 Einwohnern und Landgemeinden	255	3,5

Die Zahl der in den Jahren 1903/05 eingestellten Syphiliskranken betrug in:

Preußen, und zwar	absolut	in ‰ der Eingestellten
in Berlin	130	7,5
in 28 Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern	333	3,9
in 59 Städten mit 25 000 bis 100 000 Einwohnern	75	1,7
in den übrigen Städten und Landgemeinden	270	0,78
Bayern, und zwar		
in 2 Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern	23	2,5
in 8 Städten mit 25 000 bis 100 000 Einwohnern	7	1,4
in den übrigen Städten und Landgemeinden	45	0,61

Stadt und Land in den einzelnen Regierungsbezirken zeigten folgendes Verhältnis:

Im Regierungsbezirk	Es waren venerisch erkrankt: Von je 1000 aus Städten mit mehr als 25 000 Einwohnern stammenden Rekruten	Von je 1000 aus kleinen Städten und Landgemeinden stammenden Rekruten
Wiesbaden	22,2	4,2
Cöln	22,1	4,7
Breslau	19,8	6,7
Danzig	18,2	4,7
Hannover	18,0	4,0
Aachen	13,8	2,2
Coblenz	9,3	1,9
Kassel	7,9	1,8
Erfurt	6,8	1,5
Oberbayern	16,4	4,9
Schwaben	11,8	2,0
Mittelfranken	11,3	2,0

In Mitteldeutschland waren die kleineren Städte und Landgemeinden wesentlich mehr durchseucht als in Westdeutschland. Die meisten venerischen Erkrankungen lieferten die Bezirke, in denen Großstädte und Industrie-, Handels- und Seestädte liegen. Eine Ausnahme machte das rheinisch-westfälische Industriegebiet, das durch die Frühheiraten der Arbeiterbevölkerung, die wesentlich weniger als das Bürgertum die Prostitution aufsucht, bedeutend besser dasteht. Dieselbe Beobachtung wurde bei der Erhebung im Nov./Dez. 1913 gemacht, wie später noch näher erläutert wird.

Einen weiteren Beitrag zu unserer Frage liefert die Zählung der Geschlechtskranken im Herzogtum Braunschweig, die die Zeit vom 1. Februar bis 31. August 1909 umfaßt (95). Auch diese Zahlen können nur als Mindestzahlen betrachtet werden, denn, wenn sie auch das Resultat einer Zeit von 6 Monaten sind, so beruhen sie nur auf einer Beantwortung von 24,2 Proz. der befragten Ärzte, auch muß berücksichtigt werden, daß wohl viele an den Grenzen des Landes wohnenden Kranken preußische Ärzte aufgesucht haben. Es wurden gezählt:

	Geschlechtskranke	auf 10000 Einwohner	auf 10000 Männer über 15 Jahre	auf 10000 Frauen über 15 Jahre
Im Staate Braunschweig	747	15,17	40,77	6,03
In der Stadt Braunschweig	556	39,13	108,48	13,45
In den übrigen Städten	100	10,64	27,40	5,28
In den Landgemeinden	91	3,55	9,47	1,58

Im Nachwort zur Bearbeitung dieser Erhebung macht Sternthal darauf aufmerksam, daß alle Statistiken vor der Wassermann-Salvarsan-Periode zu geringe Zahlen angeben. Das ist zweifellos richtig, denn die Diagnosen wurden durch die Wassermann'sche Reaktion (seit 1906) wesentlich erleichtert, viele vorher unklaren Fälle wurden als Syphilis erkannt, und viele alten Syphilitiker ließen sich nach der Einführung des Salvarsans in den Handel (im Dezember 1910) ärztlich neu behandeln.

Die zeitlich folgenden Zählungen in einigen Städten (Mannheim 1904/05 und Frankfurt a. M.) (17) können, da sie für unsere Frage nicht in Betracht kommen, unberücksichtigt bleiben, während die Erhebungen, die von statistischen Ämtern deutscher Großstädte gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in 37 deutschen Großstädten veranstaltet

wurden, auch hier besprochen werden muß, obwohl sie über die Ausdehnung venerischer Erkrankungen auf dem Lande keinen Aufschluß geben, wohl aber „einen gewissen Parallelismus in der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und der Größe der Stadt" (10) erkennen lassen. Auch bei dieser Enquete, die sich über die Zeit vom 20. Nov. bis 20. Dez. 1913 erstreckte, haben die Ärzte recht ungleich (46—99 Proz.) geantwortet, aber das große Material von 73 000 Geschlechtskranken erlaubt zweifellos wertvolle Rückschlüsse über die Verteilung der Syphilis, des Trippers und weichen Schankers in einzelnen Städten, Gebietsteilen und den Altersgruppen der Bevölkerung. Wie schon oben erwähnt, ergab diese Zählung ein gewisses Verhältnis der Größe der Stadt zur Anzahl der venerischen Erkrankungen. Je größer die Stadt, um so größer der Prozentsatz der Geschlechtskranken. Allerdings ist dieser Satz, wenigstens in dieser Form, wie wir noch später sehen werden, anfechtbar. Ausnahmen hiervon machen Hafenstädte, Universitätsstädte, Städte mit großem Fremdenverkehr, Orte mit einem hohen Prozentsatz von erwachsenen Ledigen, die eine größere Anzahl von Venerischen aufweisen, und die rheinisch-westfälischen Industriestädte, die, wie auch schon bei den bei der Rekrutierung gewonnenen Zahlen erwähnt, eine niedrigere Frequenz aufweisen, da in ihnen eine hohe Zahl von noch nicht 15 jährigen vorhanden ist, ferner die Städte Süddeutschlands, die besser als die norddeutschen dastehen.

Im Jahre 1916 ergab die Zählung für Schweden (99), daß in Stockholm und Göteborg mehr als $^{2}/_{3}$ aller Syphilisfälle im Lande vorhanden waren, allerdings glaubt man, daß „besonders in kleinen Orten Erkrankungsfälle zum Teil der Anzeige entgehen".

Alle bisher aufgeführten Statistiken ergaben — trotz aller ihnen anhaftenden Mängel — einwandfrei, daß die Zahl der Geschlechtskranken auf dem Lande am geringsten ist, in den Städten mit zunehmender Größe wächst.

V.
Verhältnisse nach dem Kriege 1914/18.

So lagen die Verhältnisse bis zum Jahre 1914. Da brach der Krieg aus. Fast alle wehrfähigen Männer wurden aus ihrer Umgebung, aus ihrem Beruf herausgerissen, sie wurden von ihren Frauen getrennt, sie lernten die Weiblichkeit fremder Völker kennen, die zum großen Teil infolge der Not und sittenlosen Kriegszeit der Prostitution weit geneigter als im Frieden war.

Schon aus früheren Zeiten wußte man, daß durch Kriege die Zahl der Ge-

schlechtskranken wuchs (85). Schweden machte zwei große Epidemien 1762 im Anschluß an 7 Kriegsjahre und 1792 nach dem finnischen Kriege durch, wo die Syphilis durch die Truppen in enormer Ausdehnung unter der Landbevölkerung verbreitet wurde (36). In Finnland fing seit dem Kriegsjahre 1855 die größte Verbreitung der syphilitischen Ansteckung an (58).

Die Regierung zu Gumbinnen schreibt am 25. Nov. 1816 an das Ministerium des Innern und der Finanzen von Preußen, daß der Fonds zur Kur armer Kranker niche ausreiche durch die große Menge der venerischen Kranken, „da die syphilitische Krankheit seit dem 7jährigen Kriege als ein Volksübel fortdauere und seit dem Kriegsjahr 1806 furchtbare Fortschritte mache, wie die Register der Kreislazarette und Anzeigen der Kreisphysiker beweisen“ (89).

Im Kriege 1870/71 trat eine Vermehrung der Geschlechtskrankheiten erst nach der Belagerung von Paris ein, da die Truppen bei dem schnellen Vormarsch kaum in nähere Berührung mit der französischen Bevölkerung kamen. Wenn die Zahl der Geschlechtskranken auch nach Friedensschluß in die Höhe ging — es befanden sich im ganzen 33000 in Lazarettbehandlung — und damals schon Besorgnis erregten (21), so kann von einer wesentlichen Verseuchung der Bevölkerung nicht die Rede sein, was bei länger dauernden Kriegen gewöhnlich die Folge war.

So mußte man auch mit einer Vermehrung der venerischen Erkrankungen durch diesen sich über 4 Jahre erstreckenden Krieg rechnen. Besonders Belgien, das nach den Angaben von Sachkennern schon vor dem Kriege ganz gewaltig verseucht war, drohte eine immer stärker werdende Quelle der Geschlechtskrankheiten für unser Heer zu werden. So betrugen die Zugänge an Geschlechtskrankheiten im Generalgouvernement Belgien 1915 (absolute Zahlen) im Januar 850, im Februar 875, im März 1050, im April 1150, im Mai 1250, im Juni 1100, im Juli 1200, im August 900.

Auch Polen mit seiner starken moralischen Verworfenheit, mit seiner fleckfieberkranken, verkrätzten, verlausten und geschlechtskranken, geheimen und offenen Prostitution (39) drohte, wie Belgien, in höherem Maße noch als die anderen von deutschen Truppen besetzten Gebiete unser Heer zu verseuchen. Auch in der Heimat war schon im ersten Kriegsjahr eine Zunahme der venerischen Erkrankungen zu bemerken (20). Für Wien stellte Finger (35) schon im Frühjahr 1915 eine Vermehrung zweifellos fest; es waren dort

	von 1000 geschlechtskranken Personen	
	im Alter von 15 Jahren	im Alter von 18 Jahren
im Frieden:	1	27
im Krieg:	8	68

Bald mehrten sich die Stimmen, die warnend auf die ungeheure Gefahr aufmerksam machten, die dem Volke und seiner Nachkommenschaft drohte —, „jeder einzelne Mann repräsentiert als solcher einen Teil des Staatsvermögens; zum Gegenwartswert des Individuums addiert sich der Wert als Produzent neuer

Menschen, die später im gleichen Sinne für den Staat wirken. Durch den Krieg mit seinen ungeheuren Opfern, die er unserem Volke auferlegt, verarmt der Staat auch an seinen Höchstwerten, an den Menschen selbst. Dieses Verarmen ist um so bedenklicher, als der Krieg bekanntlich eine negative Auslese darstellt und durch ihn gerade häufig die Tüchtigsten dem Staate verloren gehen" (87). Und Reiter kommt dann zu dem Schluß: „Letzten Endes wird die Folge aller Erkrankungen sein, daß viele Tausende von Kindern ungeboren bleiben." Besonders wird auf die Gefahr einer Verseuchung der bisher noch von Geschlechtskrankheiten ziemlich freien Landbevölkerung aufmerksam gemacht, die auch schon im Mai 1916 für Hessen festgestellt ist (43, 70, 76, 111, 2). Chotzen (21) befürchtet, daß die kurz vor oder während des Krieges geschlechtlich Erkrankten, die schon durch die mit dem Heeresdienst verbundenen körperlichen und geistigen Überanstrengungen geschwächt wären, an ihrer Widerstandsfähigkeit gelitten haben, daß der Bevölkerungsaufbau durch die Zunahme der Fehlgeburten, die Schädigung der Geburtsfähigkeit, die größere Sterblichkeit der syphilitischen Säuglinge leiden wird, vor allem, daß die Landbevölkerung, „der Urquell der Arbeitskräfte für Landwirtschaft und Industrie, die ständige Erneuerungsschicht der städtischen Fabrikarbeiter, die wertvollste Schicht der Heeresrekrutierung", durchseucht und dadurch für die Staatswirtschaft minderwertig zu werden Gefahr läuft.

Als dann alle Bemühungen der zivilen und militärischen Behörden, die geschlechtskranken Heeresangehörigen vor ihrer Entlassung ganz auszuheilen, durch die politischen Ereignisse und überstürzte Demobilisierung zertrümmert wurden, da war einer Verseuchung der gesamten Zivilbevölkerung Tür und Tor geöffnet. „Zehntausende von geschlechtskranken Soldaten verließen ungeheilt die Lazarette, und auch jetzt noch ist die Disziplin in den Lazaretten so gelockert, daß die Kranken vielfach nachtsüber sich entfernen, um sich am nächsten Tage wieder im Krankensaal einzufinden!" (10).

Wird auch immer angegeben, die prozentualen Zahlen beim Heere wären beim Feldheer nicht so wesentlich gestiegen, auch beim Besatzungsheer hätten sie nur ungefähr das Doppelte des Friedensdurchschnitts erreicht, so muß man aber bedenken, daß eben das Vielfache der Friedensstärke unter Waffen stand und somit die absoluten Zahlen enorm erhöht waren. Und diese allein genügen, um die Zahl der Geschlechtskrankheiten im Volke wesentlich zu vergrößern. In der neuesten Literatur finden wir jetzt überall die Annahme (15, 22, 44, 110) oder bestimmte Behauptung (1, 31, 38, 40, 56, 105, 106, 112, 118), daß sich in und nach dem Kriege die Geschlechtskranken überhaupt und insbesondere in kleinen Städten und auf dem Lande vermehrt haben.

Das vorläufige Ergebnis der Zählung der Geschlechtskrankheiten im Deutschen Reich im Jahre 1919 (26) hat allerdings

ergeben, daß „von einer gewaltigen Zunahme — wie in Tagespresse angegeben — von 1913 bis 1919 nicht gesprochen werden kann.“ Diese Zählung fand vom 15. November bis 14. Dezember 1919 im ganzen Reiche statt. Diese Erhebung ergab 136000 geschlechtskranke Zivil- und Militärpersonen gleich 22 auf 10000 Einwohner. Die Bearbeitung ist zurzeit noch nicht abgeschlossen. In bezug auf die Verbreitung der venerischen Erkrankungen in Stadt und Land ist bisher nur die Angabe zu finden, daß das großstadtarme Süddeutschland besser als das großstadtreiche Norddeutschland gestellt zu sein scheine. Übertreibungen, wie sie wohl mal ab und zu in der Presse vorkommen, und auch in einem der vielgelesensten Buche unserer Zeit „Die Sünde wider den Geist“ (29), „daß mehr als 90 Proz. aller Männer mit solchen heimtückischen, äußerlich nicht wahrnehmbaren Krankheiten behaftet in die Ehe treten“, und durch diese „furchtbare Wahrheit“ „die allermeisten unserer kerngesunden Mädchen in der Ehe ihre Gesundheit verlieren“, müssen natürlich vermieden werden, aber es ist auch nicht richtig, die zweifellos große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten irgendwie verheimlichen zu wollen, zumal ja wenigstens für einige Gegenden Deutschlands zweifelsfrei eine Zunahme konstatiert ist. Der oben erwähnte Artikel über die Zählung von 1919, der auch in der Volkswohlfahrt erschien, klingt beruhigend, aber diese Erhebung, bei der übrigens noch nicht die Hälfte der Ärzte geantwortet hat, ergibt eben kein richtiges Bild, wenn sie keine Zunahme, zum mindesten auf dem Lande, wo mehr denn je die nichtärztliche Behandlung der Geschlechtskrankheiten üblich ist, erkennen läßt! Auch die Tatsache, daß die in den Beratungsstellen in Fürsorge genommenen Personen aus Orten unter 5000 Einwohnern von 1918 bis 1919 um 9 Proz. gestiegen sind, spricht — wenn auch nicht zahlenmäßig verwertbar — für Ausbreitung der venerischen Krankheiten auf dem Lande (19).

Auch Seutemann (103), der diese Erhebung für Hannover, wo bis auf einen Dermatologen alle Ärzte geantwortet haben, bearbeitet hat, glaubt, daß in den Großstädten schon vor dem Kriege eine Art Sättigung in dem Kreis der gefährdeten Personen bei der enormen männlichen Erkrankungsziffer eingetreten und bei diesen die Gefahrmöglichkeit einer Ansteckung erschöpft sei, wie ja auch in Hannover gegen 1913 nur die Zahl der geschlechtskranken Frauen zwischen 15 und 50 Jahren zugenommen hat. Aber für das Land und die kleinen Städten fürchtet er eine starke Durchseuchung. Auch aus dem Ausland kommen Nachrichten, die eine

Zunahme der Geschlechtskrankheiten besagen (18, 92). Haustein (55) besonders gibt genaue Zahlen für die Städte Stockholm, Christiania und Kopenhagen und führt als Grund die Überflutung der neutralen Hauptstädte durch die reichen Ausländer und ausländischen Schieber und die Kriegsgewinnler an, die oft aus unteren Schichtend stammend, moralisch nicht ganz einwandfrei, ihr leichtgewonnenes Geld in baccho et venere verjubeln. Wie ja überhaupt Zeiten schnellen wirtschaftlichen Aufschwungs nach seiner Ansicht eine Vermehrung der Geschlechtskrankheiten hervorrufen, was Blaschko (10) allerdings für durchaus nicht bewiesen hält, während Haustein seine Ansicht durch die enorme Zunahme der venerischen Erkrankungen in Schweden infolge großer Heringsfänge an der Westküste stützt, auf die schon 1790 und 1820 aufmerksam gemacht wurde, und deren Einfluß heute noch nicht ganz überwunden ist. Als weiteren Grund für Schweden führt er den fast völligen Mangel an Kondomen 1917 und 1918 an und gibt Grotjahn recht, der behauptet: „Wenn jeder Geschlechtsverkehr, der nicht zur Erzeugung von Nachkommen dienen soll, unter Benutzung von Cöcalkondomen vorgenommen wird, werden die Geschlechtskrankheiten binnen kurzem völlig verschwinden.“ Der Kulminationspunkt für Schweden war 1918, dann beginnt der Abfall, da dann die Schieberhochkonjunktur vorüber und wieder reichlich Kondome vorhanden waren.

Es wurden auf 10000 Einwohner gemeldet:

Im Jahre	Erkrankte an Syphilis in			Erkrankte an weicher Schanker in			Erkrankte an Tripper in		
	Stockholm	Christiania	Kopenhagen	Stockholm	Christiania	Kopenhagen	Stockholm	Christiania	Kopenhagen
1913	27	25	35	26	4	11	135	58	121
1914	29	24	45	23	7	12	146	52	141
1915	32	25	46	17	10	16	152	61	147
1916	28	36	49	13	16	17	159	76	144
1917	27	35	44	11	11	19	159	66	135
1918	37	26	44	41	10	9	195	60	158
1919	42	—	—	32	—	—	155	—	—

Zusammen:

Jahr	Stockholm	Christiania	Kopenhagen
1913	188	87	167
1914	198	83	198
1915	201	96	209
1916	200	128	210
1917	197	112	198
1918	273	96	211
1919	229	—	—

VI.

Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Stadt- und Landbevölkerung beider Mecklenburg.

Wie lagen und liegen nun die Verhältnisse in Mecklenburg? Mecklenburg-Schwerin eignet sich zur Feststellung der Frage nach der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Stadt und Land ausgezeichnet. Es hat Häfen, Handel, Industrie, Ackerbau, Forstwirtschaft, Universität, Garnisonen und Fremdenverkehr, es hat zwei größere und mehrere kleinere, der Zahl nach abgestufte Städte, die Bevölkerung lebt zu ca. $^1/_4$ in den Städten, zu ca. $^3/_4$ in Landstädten unter 10000 Einwohnern und auf dem Lande. Aus diesem Grunde dürften wohl die hier gewonnenen Zahlen ein weiteres Interesse beanspruchen, zum mindesten bei Berücksichtigung der Feststellung, wie die venerischen Erkrankungen bei der ländlichen und bei der städtischen Bevölkerung verteilt sind. In Mecklenburg-Strelitz haben wir es, abgesehen von 2 Städten mit je ca. 12000 Einwohnern, mit rein ländlichen Verhältnissen zu tun, zudem beide Mecklenburg im Deutschen Reiche diejenigen Länder sind, die die niedrigste Bevölkerungsdichtigkeit aufzuweisen haben. In Mecklenburg-Strelitz kommen auf 1 qkm nur 36 Einwohner, es steht in dieser Beziehung in Deutschland am besten da. An zweiter Stelle folgt dann Mecklenburg-Schwerin mit 50 Einwohnern bei einem Reichsdurchschnitt von 128 Einwohnern auf 1 qkm, nach der Volkszählung vom 8. Oktober 1919.

Gegen frühere Zeiten erlauben die bei der Rekrutierung (101) gefundenen Zahlen über Geschlechtskranke gewisse Rückschlüsse.

1903—1905	Zahl der geschlechtskrank Eingestellten	‰ der überhaupt Eingestellten	Es waren syphiliskrank absolut	‰ der Eingestellten überhaupt	‰ der krank Eingestellten
Deutsches Reich	5712	7,3	1009	1,3	17,6
Mecklenburg-Schwerin	24	2,8	1	0,12	4,2
Mecklenburg-Strelitz	9	7,9	2	1,8	22,2

Hieraus ergibt sich zweifellos, daß Mecklenburg-Schwerin äußerst günstig dastand. Bei Mecklenburg-Strelitz muß man die Kleinheit des Materials berücksichtigen, wodurch ein so außerordentlich ungünstiges Resultat bedingt wird, aber immerhin waren die Verhältnisse dieser Tabelle nach für eine fast rein ländliche Gegend doch sehr schlecht. Über die Verbreitung der Geschlechts-

krankheiten in der Stadt Rostock besitzen wir zahlenmäßige Angaben, die Raettig (86) für die Zeit von 1897 bis 1903 zusammengestellt hat.

Das Material stammt aus der medizinalstatistischen Sammlung des Hygienischen Instituts der Universität Rostock. Es wurden damals seit 1897 allwöchentlich alle in Rostock ärztlich beobachteten Erkrankungen, darunter auch Tripper, Schanker und Syphilis (allerdings nicht die tertiäre Form) an das Hygienische Institut gemeldet. Diese Meldekarten enthielten Geschlecht, Alter und, wenn angängig, Beruf und Wohnung oder statt dessen den Anfangsbuchstaben des Namens. Außerdem wurden der mutmaßliche Krankheitsbeginn und eventuelle frühere Behandlung mitgeteilt, so daß Doppelmeldungen nach Möglichkeit vermieden wurden. Zunächst gingen die Zählkarten vollzählig und regelmäßig ein, später nur noch von den am meisten beschäftigten, und besonders von den Spezialärzten für Geschlechtskrankheiten, so daß der Ausfall nicht so in die Wagschale zu ungunsten dieser Statistik fällt, die immerhin bei der langen Zeitdauer recht wertvoll erscheint.

In der folgenden Tabelle sind nur die frischen Erkrankungen aufgenommen.

1897—1903	Frische Erkrankungen in der Stadt Rostock an											
	Tripper			w. Schanker			Syphilis ohne Kinder			vener. Erkr.		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
1897	253	10	263	28	—	28	33	9	42	314	19	333
1898	276	27	303	63	2	65	35	6	41	374	35	409
1899	250	35	285	52	7	59	49	5	54	351	47	398
1900	221	38	259	50	4	54	36	12	48	307	54	361
1901	192	24	216	52	4	56	22	7	29	266	35	301
1902	231	32	263	26	—	26	18	6	24	275	38	313
1903	260	37	297	28	4	32	21	10	31	309	51	360
insgesamt	1683	203	1886	299	21	320	214	55	269	2196	279	2475
im Mittel	240,4	29,0	269,4	42,7	3	45,7	30,6	7,9	38,5	313,7	39,9	353,6
Auf 1000 Ortsansässige des betr. Geschlechts berechnet bei durchschnittlich 26478 m., 28434 w. Einwohnern	9,1	1,0	4,9	1,61	0,1	0,83	1,15	0,28	0,70	11,9	1,4	6,4

Bezogen auf das Alter von 15 bis 50 Jahren, in dem die Geschlechtskrankheiten am weitaus häufigsten auftreten, konnte ich aus dem bei Raettig vorhandenen Material folgende Tabelle errechnen. Angaben über die Anzahl der Einwohner für 1897 bis

1903 nach Geschlechtern getrennt sind leider nicht gemacht. Es konnte daher die letzte Reihe dieser Tabelle nur auf die Gesamteinwohnerzahl im Alter von 15 bis 50 Jahren bezogen werden.

Es waren von 1897 bis 1903 in Rostock bei einer durchschnittlichen erwachsenen Gesamtbevölkerung von 29427 Einwohnern durchschnittlich jährlich erkrankt 15- bis 50jährige:

	Tripper	Schanker	fr. Syphilis (ohne Kinder)	venerische Erkrank.
absolut männl.	229,0	42,0	29,1	300,1
absolut weibl.	24,8	3,0	7,9	35,7
zusammen	253,8	45,0	37,0	335,8
in % aller durchschnittlich jährlich an der betr. Krankheit Erkrankten männl.	95,2	98,3	95,3	95,6
weibl.	85,5	100,0	100,0	89,4
zusammen	94,2	98,4	96,2	94,9
in ‰ der Gesamteinwohner im Alter von 15 bis 50 Jahren männl.	7,8	1,4	0,9	10,1
weibl.	0,84	0,1	0,2	1,2
zusammen	8,6	1,5	1,2	11,4

„Da bei den Meldungen sekundär kranker Syphilitiker Doppelmeldungen absolut nicht auszuschließen sind“, gibt Raettig hierfür nur die Zahlen an, ohne sich aus diesem Grunde auf weitere statistische Berechnungen einzulassen. Ich habe die Zahlen aber doch zusammengestellt, sie ergeben tabellarisch folgendes Bild:

Es wurden von 1897 bis 1903 in Rostock ärztlich gemeldet:

	Im Alter von 15—50 Jahren		Alle Fälle	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Primäre Syphilis	204	55	214	55
Im Jahresdurchschnitt	29,1	7,9	30,6	7,9
Sekundäre Syphilis	203	76	207	76
Im Jahresdurchschnitt	29,0	10,8	29,5	10,8
Nur mit Angabe „Syphilis“ gemeldet	—	—	47	16
Im Jahresdurchschnitt	—	—	6,7	2,2

Unbekannten Alters waren 10 männl. und 3 weibl. an sekundärer Syphilis Erkrankte gemeldet, ferner 7 Knaben und 8 Mädchen, hierunter 11 mit der Angabe „angeborene Syphilis“, 2 mit sekundären Symptomen. Ebenso befinden sich in der oben angeführten Zusammenstellung nicht die Zahlen der an chronischem Tripper krank gemeldeten Fälle.

Es wurden von 1897—1903 in Rostock ärztlich gemeldet:

	Im Alter bis zu 15 Jahren		Im Alter von 15—50 Jahren		Alle Fälle	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Akuter Tripper	1	19	1603	174	1683	203
Im Jahresdurchschnitt	0,1	2,7	229,0	24,8	240,4	29,0
Chronischer Tripper	—	—	217	5	217	5
Im Jahresdurchschnitt	—	—	31,0	0,7	31,0	0,7

Auffallend gering ist die Zahl der geschlechtskranken Frauen. Man muß eben bei allen Statistiken, gerade denen der früheren Jahre, berücksichtigen, daß die Frauen viel weniger leicht, als Männer, den Arzt aufsuchen und auch viele durch die Erreger der Geschlechtskrankheiten verursachten Frauenleiden nicht unter dem Begriff „Geschlechtskrankheit" registriert wurden. Überhaupt muß bei den in den beiden ersten Tabellen errechneten Werten immer berücksichtigt werden, daß es sich nur um frisch erkrankte Fälle handelt, daß aber die Zahl der gleichzeitig Geschlechtskranken eine wesentlich höhere war, worauf bei Vergleichen Rücksicht genommen werden muß.

Ganz besonders hoch erscheint mir die Zahl der an weichem Schanker Erkrankten. Ich vermute, daß sich dabei doch auch wohl Fälle von falsch diagnostizierter Syphilis finden, wie das vor der Wassermann-Salvarsan-Periode viel leichter möglich war als heute.

Für die Studierenden (im Mittel 500) ist die jährliche Erkrankungsziffer bei Berechnung der frisch erkrankt Gemeldeten mit 4 Proz., für die übrige männliche Bevölkerung im Alter von 20—30 Jahren mit 2 Proz. angegeben.

In der Zeit vom 1.—30. August 1902 fand eine Zählung von Geschlechtskrankheiten statt, die folgendes Ergebnis hatte.

(Tabelle siehe nächste Seite oben.)

Diese Tabelle, die ich von der Medizinalkommission in Rostock erhielt, füge ich der Vollständigkeit wegen bei. Sie ergibt eine venerische Erkrankungsziffer von 1,05 auf 1000 der Gesamtbevölkerung. Eine weitere Berechnung erübrigt sich, da es mir leider nicht möglich war, die Beteiligung der Ärzte bei der Beantwortung festzustellen. Nur für den Medizinalbezirk Malchin fand ich einen ausführlichen Bericht des Kreisphysikus, der insofern Interesse hat, als er eine Erklärung für die auch heute noch auffallend hohe Zahl von Geschlechtskranken in der Stadt X gibt.

Ärztlich behandelt wurden:

Im Medizinalbezirk	an Syphilis I, II m.	w.	Syphilis III m.	w.	Gonorrhoe m.	w.	Schanker m.	w.	venerische Erkrankungen m.	w.	zus.
Hagenow	3	2	1	1	8	1	1	—	13	4	17
Gadebusch	2	2	2	2	8	1	2	1	14	6	20
Wismar	6	5	7	—	12	1	2	—	27	6	33
Schwerin	15	8	7	2	45	8	2	—	69	18	87
Ludwigslust	5	4	6	3	15	8	1	—	27	15	42
Parchim	8	5	1	1	20	7	1	2	30	15	45
Güstrow	2	—	6	7	22	4	—	—	30	11	41
Rostock	37	20	24	16	99	55	5	1	165	92	257
Gnoien	—	—	1	2	4	3	1	—	6	5	11
Malchin	9	2	14	4	24	5	2	—	49	11	60
Waren	5	1	2	3	13	2	2	—	22	6	28
Meckl.-Schw.	92	49	71	41	270	95	19	4	452	189	
	141		112		365		23		641		

Es befanden sich im Medizinalbezirk Malchin vom 1. bis 30. August 1902 in ärztlicher Behandlung (Beantwortung durch 16 Ärzte = 100 Proz.):

wegen	in X männl.	weibl.	im übrigen Bezirk männl.	weibl.
Tripper	11	4	13	1
weichem Schanker	2	0	—	—
Syphilis I/II	7	2	2	—
Syphilis III	12	4	2	—
	42 = 2,6 ‰ der Gesamtbevölkerung		18 = 0,4 ‰ der Gesamtbevölkerung	

Um nun einen Überblick zu gewinnen, wie sich diese Krankheiten j e t z t in den beiden Mecklenburg verteilen, und um zugleich festzustellen, ob die Ärzte Mecklenburgs jetzt in ihrer Praxis gegen die Vorkriegszeit mehr Geschlechtskranke zu behandeln haben, ferner ob ein Stillstand der Ausbreitung der venerischen Erkrankungen eingetreten ist, veranstaltete ich eine Zählung über alle in der Zeit vom 1.—31. Oktober 1921 sich in ärztlicher Behandlung befindlichen Geschlechtskranken in beiden Mecklenburg. Zu diesem Zweck wurden an 425 Ärzte einfache Fragebogen mit Begleitschreiben versandt und an alle Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Augen-, Ohren-, Mund-, Kinder-, Nerven-,

Innere-, Frauenkrankheiten und Chirurgie (90) Fragebogen für Fachärzte beigefügt. Beantwortet wurden 402 = 94,5 Proz., und zwar für Mecklenburg-Schwerin 352 = 94,3 Proz., für Mecklenburg-Strelitz 50 = 96,1 Proz. Die fehlenden 23 Antworten waren trotz zweimaliger Bitte nicht zu erlangen, es befand sich darunter aber nur ein Facharzt für Geschlechtskrankheiten, außerdem waren nachweislich von dieser Zahl zwei verreist und einer krank.

Die Beantwortung ist also eine ganz außerordentlich günstige gewesen, und auch das Interese der Ärzte, gerade aus den ländlichen Gegenden, war für diese Frage ein recht reges, wie aus zahlreichen Begleitbriefen hervorgeht.

Die Bogen waren auf die einfachsten Fragen beschränkt worden, um zu verhindern, daß durch die Aufstellung zu komplizierter und zahlreicher Fragen die Zeit der Ärzte zu sehr in Anspruch genommen würde, wodurch die Gefahr nahe lag, daß in vielen Fällen überhaupt keine Antwort erfolgen würde, zudem kam es mir ja nur darauf an, festzustellen, in welcher Weise sich die venerischen Krankheiten in Stadt und Land verteilen, was durch die Beantwortung der gestellten einfachen Fragen vollauf gelingen mußte; ich habe jetzt allerdings den Eindruck, daß der größte Teil der Ärzte Mecklenburgs selbst bei ihrer oft recht karg bemessenen Zeit auch einen ausführlicheren Fragebogen beantwortet haben würde, denn ich muß nochmals betonen, daß ich ein Interesse an der vorliegenden Frage und eine liebenswürdige Bereitwilligkeit vorgefunden habe, wie ich nicht zu hoffen wagte.

Der Wortlaut des Fragebogens und des Begleitschreibens war, wie folgt, abgefaßt:

I.

	männl.	weibl.
1. Wieviel Fälle von		
a) Syphilis		
b) Tripper		
c) weichem Schanker		

befanden sich in der Zeit vom 1.—31. Oktober 1921 in Ihrer Behandlung?

2. Haben in Ihrer Praxis die Geschlechtskrankheiten im Jahre 1921

a) gegen das Jahr 1920 — bedeutend — nicht wesentlich — zugenommen — abgenommen?

b) gegen die Vorkriegszeit — bedeutend — nicht wesentlich — zugenommen — abgenommen?

Nichtzutreffendes bitte zu streichen!

II.

Fragebogen für Fachärzte und Kliniken.

1. Wieviel Fälle von

	aus dem Ort				von außerhalb			
	von selbst gekommen		von anderen Ärzten überwiesen		von selbst gekommen		von anderen Ärzten überwiesen	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
a) Syphilis b) Gonorrhoe c) weichem Schanker								

behandelten Sie in Ihrer Praxis — Klinik — vom 1.—31. Oktober 1921?

2. Hat in Ihrer Praxis — Klinik — die Zahl der Geschlechtskranken im Jahre 1921
   a) gegen das Jahr 1920 — bedeutend — nicht wesentlich — zugenommen — abgenommen?
   b) gegen die Vorkriegszeit — bedeutend — nicht wesentlich — zugenommen — abgenommen?

Nichtzutreffendes bitte zu streichen!

Im ganzen wurden in Mecklenburg-Schwerin 2367 und in Mecklenburg-Strelitz 351 geschlechtskranke Personen gezählt, die sich in der Zeit vom 1.—31. Oktober 1921 in ärztlicher Behandlung befanden. Ausdrücklich als „Lues II und III" gemeldete Fälle (18) sind mit eingerechnet, nicht aber Tabes (1) und Paralyse (11), sowie Kinder (10), ferner auch nicht „23 Zivilgefangene mit positiver Wassermann-Reaktion".

Wie die venerischen Krankheiten über das ganze Land, berechnet auf 1000 Gesamtzivileinwohner, der ehemaligen 12 militärischen Aushebungsbezirke Mecklenburg-Schwerins und der 3 Medizinalbezirke von Mecklenburg-Strelitz (nach der Volkszählung vom 8. Oktober 1919) verteilt sind, ist aus folgender Tabelle ersichtlich. Ebenso sind die Antworten der Ärzte in Prozenten angegeben, um den Wert der ermittelten Zahlen gegeneinander abwägen zu können.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Diese allgemeine Übersichtstabelle, berechnet auf die Gesamteinwohner, ergibt eine auffallend gleiche Zahl der Geschlechtskranken in beiden Mecklenburg.

	Auf 1000 Gesamteinwohner kamen venerische Erkrankungen		
	m.	w.	zus.
Mecklenburg-Schwerin	2,2	1,3	3,6
Mecklenburg-Strelitz	2,2	1,0	3,3

Zahl der in der Zeit vom 1.—31. Oktober 1921 in beiden Mecklenburg in ärztlicher Behandlung befindlichen und gemeldeten Geschlechtskranken.

Bezirk	Bevölkerung	Syphilis		Gonorrhoe		weicher Schanker		Vener. Erkr. insgesamt		Vener. Erkr. auf 1000 der Bevölkerung			Antwort der Ärzte in Proz.
		m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	zus.	
Meckl.-Schw.	**657 330**	**669**	**500**	**756**	**393**	**44**	**5**	**1469**	**898**	**2,2**	**1,3**	**3,6**	**94,3**
Schwerin	79 152	137	105	134	89	7	2	278	196	3,5	2,4	5,9	94,6
Hagenow	53 273	31	25	51	15	6	—	88	40	1,6	0,7	2,3	93,3
Ludwigslust	50 973	33	32	40	27	—	—	73	59	1,3	1,1	2,4	88,2
Parchim	46 594	46	29	38	24	4	—	88	53	1,8	1,1	2,9	100,0
Wismar	59 560	44	27	88	29	4	1	136	57	2,3	0,9	3,2	94,1
Grevesmühlen	37 029	31	19	34	16	—	—	65	35	1,7	0,9	2,6	92,8
Doberan	47 879	44	26	61	13	4	1	109	40	2,2	0,8	3,0	95,0
Rostok	99 538	138	128	149	103	5	—	292	231	2,9	2,3	5,2	95,1
Ribnitz	35 693	28	19	26	12	5	—	59	31	1,6	0,8	2,4	100,0
Güstrow	52 093	38	16	41	15	5	—	84	31	1,6	0,5	2,1	95,6
Malchin	48 624	64	50	56	40	4	1	124	91	2,5	1,8	4,3	86,9
Waren	46 922	35	24	38	10	—	—	73	34	1,5	0,7	2,2	88,8
Meckl.-Strelitz	**106 394**	**101**	**58**	**138**	**50**	**4**	—	**243**	**108**	**2,2**	**1,0**	**3,3**	**96,1**
Neustrelitz	45 198	49	25	60	15	—	—	109	40	2,4	0,8	3,2	100,0
Neubrandenburg	46 709	47	28	66	29	4	—	117	57	2,5	1,2	3,7	95,4
Schönberg	14 487	5	5	12	6	—	—	17	11	1,1	0,7	1,8	75,0

Ferner fallen die Bezirke Malchin, Rostock und Schwerin durch die große Zahl der Erkrankten auf. Diese sind bedingt durch das Städtchen X im Bezirk Malchin (7321 Einwohner), das schon früher durch die große Anzahl der Geschlechtskranken bekannt war, und oben schon näher bei der Zählung von 1902 erwähnt war, sowie die Städte Rostock und Schwerin.

Für die ländlichen Bezirke allein ohne diese drei Städte erhält man folgendes Ergebnis, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß in der für diese Städte, ganz besonders aber für X, gemeldeten Zahl sicherlich auch Kranke der ländlichen Umgebung enthalten sind.

Bezirk	Auf 1000 Gesamteinwohner kamen an venerischen Erkrankungen		
	m.	w.	zus.
Schwerin (Stadt)	3,5	2,4	5,9
Schwerin ohne Stadt Schwerin	1,3	0,4	1,8
Rostock (Stadt)	2,9	2,3	5,2
Rostock ohne Stadt Rostock	1,8	0,9	2,7
Malchin	2,5	1,8	4,3
Malchin ohne Stadt Teterow	1,3	0,9	2,5

Wenn auch zugegeben werden muß, daß viele Landbewohner die Städte zur ärztlichen Behandlung aufsuchen, so muß man dort, da ja nach Fragebogen II eine Trennung der Kranken der Stadt und des Landes bis zu einem gewissen Grade möglich war, zu der Überzeugung kommen, daß das Verhältnis dadurch gewaltig zugunsten der Landbevölkerung verschoben wird. Schon aus dieser kleinen, nur auf die Gesamteinwohnerzahl berechneten Tabelle ersieht man einen großen Unterschied in der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Stadt und Land. Noch klarer wird das Bild bei der Betrachtung der folgenden ausführlichen Tabellen.

Hier könnte man einwenden, es wären der Zahlen zu viel, aber ich habe mich bemüht, das Ergebnis dieser Zählung möglichst ausführlich zu berechnen und zu verwerten, und es lohnt sich schon, einen Blick auf diese Tabellen zu werfen, „denn die trockenen Zahlen, die wir beim Durchackern dieses anscheinend öden und unfruchtbaren Gebietes als Ergebnis unserer Bemühungen aufstapeln, erweisen sich bei näherer Betrachtung als ebenso viele Antworten auf grundlegende Fragen der sozialen Hygiene“ (6). Andere Beanstandungen, die man gegen diese Zählung anführen kann, werde ich am Schluß der Arbeit berücksichtigen.

Ich lasse nun die Tabellen dieser Zählung folgen, um zu zeigen, daß auch sie, wie alle vorhergehenden Statistiken, ergeben hat, daß die Geschlechtskrankheiten in der Stadt verhältnismäßig weit häufiger als auf dem Lande in Mecklenburg auftreten.

Zunächst die Gesamteinwohner, dann die Einwohner im Alter von 15—50 Jahren, da in diesem Alter die Geschlechtskrankheiten naturgemäß bei weitem am häufigsten auftreten, in ganz Mecklenburg-Schwerin, dann in den 5 der Größe nach geordneten Städten über 10000 Einwohner in Mecklenburg-Schwerin, dann die Summe dieser 5 Städte und die Summe des ganzen Landes ohne die 5 Städte. Im Anschluß daran die Zahlen von ganz Mecklenburg-Strelitz, die der beiden Städte über 10000 Einwohnern (Neubrandenburg 12606 Einwohner, Neustrelitz 11246 Einwohner) und die Summe von Mecklenburg-Strelitz ohne diese beiden Städte.

Gebietseinteilung	Einwohnerzahl nach der Volkszählung vom 8. Oktober 1919					
	Gesamteinwohner			Einwohner im Alter von 15—50 Jahren		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Mecklenburg-Schwerin	317 400	339 930	657 330	164 349	183 333	347 682
Rostock	31 330	36 623	67 953	17 360	20 788	38 148
Schwerin	20 753	24 702	45 455	11 678	14 104	25 782
Wismar	12 271	12 930	25 201	6 533	6 970	13 503
Güstrow	9 432	9 411	18 843	5 419	5 152	10 571
Parchim	5 827	5 608	11 435	3 363	3 046	6 409
Obenstehende 5 Städte zus.	79 613	89 274	168 887	44 353	50 060	94 413
Städte unter 10 000 Einw. und Landgemeinden	237 787	250 656	488 443	119 996	133 273	253 269
Mecklenburg-Strelitz	51 170	55 224	106 394	25 953	29 042	54 995
Neubrandenburg u. Neustrelitz	10 963	12 889	23 852	5 741	6 952	12 693
Städte unter 10 000 Einw. und Landgemeinden	40 207	42 335	82 542	20 212	22 090	42 302

In der Zeit vom 1.—31. Oktober 1921 waren in ärztlicher Behandlung:

In	Erkrankte an:						Geschlechtskranke			Beantw. der Ärzte
	Syphilis		Gonorrhoe		weichem Schanker					
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	zus.	in %
Mecklenburg-Schwerin	669	500	756	393	44	5	1469	898	2367	94
Rostock	112	110	121	91	2	—	235	201	436	96
Schwerin	112	95	114	84	6	2	232	181	413	92
Wismar	26	15	64	26	4	1	94	42	136	90
Güstrow	34	15	33	14	4	—	71	29	100	94
Parchim	20	20	14	12	3	—	37	32	69	100
Obenstehenden 5 Städten zusammen	304	255	346	227	19	3	669	485	1154	94
Städten unter 10 000 Einw. und Landgemeinden	365	245	410	166	25	2	800	413	1213	94
Mecklenburg-Strelitz	101	58	138	50	4	—	243	108	351	96
Neubrandenburg	27	19	45	25	1	—	73	44	117	100
Neustrelitz	27	15	26	11	—	—	53	26	79	100
Obenstehenden 2 Städten zusammen	54	34	71	36	1	—	126	70	196	100
Städten unter 10 000 Einw. und Landgemeinden	47	24	67	14	3	—	117	38	155	93

Berechnet man die Erkrankungen der Männer nur auf die Zahl der männlichen Einwohner jeden Alters, und verfährt man ebenso bei denen der Frauen, so ergibt sich folgende Zusammenstellung:

Auf 1000 Männer bzw. Frauen jeden Alters kamen:

In	Erkrankte an						Geschlechtskranke	
	Syphilis		Gonorrhoe		Schanker			
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Mecklenburg-Schwerin	2,10	1,47	2,38	1,15	0,13	0,01	4,62	2,64
Rostock	3,57	3,00	3,86	2,48	0,06	—	7,50	5,48
Schwerin	5,39	3,84	5,49	3,40	0,28	0,08	11,13	7,32
Wismar	2,11	1,16	5,21	2,01	0,32	0,07	7,66	3,24
Güstrow	3,60	1,59	3,49	1,48	0,42	—	7,52	3,08
Parchim	3,43	3,56	2,40	2,13	0,51	—	6,34	5,70
Obenst. 5 Städten zus.	3,81	2,85	4,34	2,54	0,23	0,03	8,40	5,43
Städten unter 10000 Einwohner und Landgemeinden	1,53	0,97	1,72	0,66	0,10	0,007	3,36	1,64
Mecklenburg-Strelitz	1,99	1,05	2,69	0,90	0,07	—	4,74	1,95
Neubrandenburg	4,64	2,78	7,74	3,68	0,17	—	12,55	6,47
Neustrelitz	5,23	2,64	5,04	1,96	—	—	12,91	4,26
Obenst. 2 Städten zus.	4,92	2,63	6,47	2,79	0,09	—	11,49	5,43
Städten unter 10000 Einwohner und Landgemeinden	1,16	0,56	1,66	0,33	0,07	—	2,90	0,89

Die folgende letzte Tabelle dieser Art gibt zweifellos das richtigste Bild der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nach Stadt und Land beider Mecklenburg, indem die für die männlichen Einwohner gewonnenen Zahlen nur auf die männliche Bevölkerung im Alter von 15—50 Jahren, und die für die weiblichen Einwohner ermittelten nur für die weibliche Bevölkerung im Alter von 15 bis 50 Jahren berechnet wurden.

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Diese nachstehende Tabelle weist 2 auffallende Zahlen auf: Für Rostock und die Städte Neubrandenburg und Neustrelitz. Diese letzteren werden wahrscheinlich durch zahlreiche Kranke des umgebenden Landes bedingt, die die städtischen Ärzte zur Behandlung aufsuchen. Rostock als größte Stadt Mecklenburgs zeigt eine gegen Schwerin und die beiden Strelitzer Städte auffallend geringe Zahl von Geschlechtskranken. Ich vermute, daß die größere Zahl von Kurpfuschern und vielleicht die jungen Medizinstudierenden, die sich und ihren Bekanntenkreis mit Vorliebe zu kurieren pflegen, wenigstens zum Teil die Zahl herabsetzen, ferner darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß ein Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Rostock nicht geantwortet hat. Allerdings muß man auch dann noch zu der Überzeugung kommen, daß Rostock

Auf 1000 Männer bzw. Frauen im Alter von 15—50 Jahren kamen:

In	Erkrankte an						Geschlechts-kranke	
	Syphilis		Gonorrhoe		Schanker			
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Meckl.-Schwerin	**4,07**	**2,72**	**4,59**	**2,14**	**0,26**	**0,02**	**8,93**	**4,89**
Rostock	6,45	5,29	6,97	4,37	0,11	—	13,53	9,66
Schwerin	9,59	6,73	9,76	5,95	0,51	0,14	19,08	12,83
Wismar	3,97	2,15	9,79	3,73	0,64	0,14	14,69	6,02
Güstrow	6,27	2,91	6,08	2,71	0,73	—	13,10	5,62
Parchim	5,94	6,56	4,16	3,93	0,89	—	11,00	10,50
Obenst. 5 Städten zus.	6,85	5,09	7,80	4,53	0,42	0,05	15,08	9,68
Städten unter 10000 Einwohner und Landgemeinden	3,04	1,83	3,41	1,24	0,20	0,015	6,66	3,09
Meckl.-Strelitz	**3,88**	**1,99**	**5,31**	**1,72**	**0,15**	—	**9,36**	**3,71**
Neubrandenburg und Neustrelitz	9,40	4,89	12,36	5,17	0,17	—	21,90	10,06
Städten unter 10000 Einwohner und Landgemeinden	2,32	1,08	3,31	0,63	0,14	—	5,78	1,72

verhältnismäßig im Vergleich zu den anderen Städten Mecklenburgs günstig dasteht, wie es ja auch sonst „eine relativ günstige Bevölkerungsbewegung und einen relativ guten Gesundheitszustand aufzuweisen hat“ (88), wenn natürlich die Folgen des Weltkrieges wohl noch lange nachwirken werden.

Und diese sind für Mecklenburg erschreckend groß, wenn wir die Zahlen der Großstadt Hannover mit 86867 männlichen Einwohnern und 102557 weiblichen Einwohnern im Alter von 15 bis 50 Jahren (103) aus der Zählung vom November/Dezember 1919, die bis auf einen Dermatologen alle Ärzte Hannovers beantwortet haben, dem in Mecklenburg gefundenen Ergebnis gegenüberstellen. Ein Vergleich ist wohl möglich, da beide Zahlen den Zeitraum von einem Monat umfassen und alle in ärztlicher Behandlung befindlichen Kranken berücksichtigen.

(Tabelle siehe nächste Seite oben.)

Der Vergleich dieser Zahlen gibt ein erschreckendes Beispiel für die Zustände nach dem Kriege, wo Mittelstädte in ländlicher Gegend fast dieselbe Zahl von Geschlechtskrankheiten wie die Großstadt aufweisen!

Auch folgende für Rostock aufgestellte Statistik zeigt den Zuwachs der venerischen Erkrankungen als Folge des Krieges:

Auf 1000 Männer bzw. Frauen im Alter von 15—50 Jahren kamen:

1.—31. Oktober 1921 In	Erkrankte an						Geschlechtskranke	
	Syphilis		Gonorrhoe		Schanker			
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Mecklenburg-Schwerin	4,07	2,72	4,59	2,14	0,26	0,02	8,93	4,89
Rostock	6,45	5,29	6,97	4,37	0,11	—	13,53	9,66
Schwerin	9,59	6,73	9,76	5,95	0,51	0,14	19,08	12,83
Wismar	3,97	2,15	9,79	3,73	0,64	0,14	14,69	6,02
Güstrow	6,27	2,91	6,08	2,71	0,73	—	13,10	5,62
Parchim	5,94	6,56	4,16	3,93	0,89	—	11,0	10,50
5 Städten von 10000 bis 70000 Einwohner	6,85	5,09	7,80	4,53	0,42	0,05	15,08	9,68
Städten unter 10000 Einwohner und Landgemeinden	3,04	1,83	3,41	1,24	0,20	0,015	6,66	3,09
Mecklenburg-Strelitz	3,88	1,99	5,31	1,72	0,15	—	9,36	3,71
Neubrandenburg und Neustrelitz	9,40	4,89	12,36	5,17	0,17	—	21,90	10,06
Städten unter 10000 Einwohner und Landgemeinden	2,32	1,08	3,31	0,63	0,14	—	5,78	1,72
15. Nov. bis 14. Dez. 1919 Hannover	9,34	5,09	10,56	3,64	2,26	0,33	22,30	9,25

Im **Jahresdurchschnitt** der Jahre 1897—1903 waren in Rostock in ärztlicher Behandlung bei 29427 Gesamteinwohnern im Alter von 15—50 Jahren Erkrankte an:

Syphilis				Tripper				weichem Schanker			
absolut		auf ‰		absolut		auf ‰		absolut		auf ‰	
m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
64,8	20,9	2,2	0,7	260,0	25,5	8,8	0,8	42,0	3,0	1,4	0,1

Im **Monat** Oktober 1921 waren in Rostock in ärztlicher Behandlung bei 38148 Gesamteinwohnern im Alter von 15—50 Jahren Erkrankte an:

Syphilis				Tripper				weichem Schanker			
absolut		auf ‰		absolut		auf ‰		absolut		auf ‰	
m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
112	110	2,9	2,8	121	91	3,1	2,3	2	—	0,05	–

Es standen also vor dem Kriege in einem Jahre 14,1 von ‰ Einwohnern im Alter von 15—50 Jahren wegen Geschlechtskrankheiten in ärztlicher Behandlung in Rostock, nach dem Kriege 11,4 in einem Monat, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß hier nur der Krankenzugang ein richtiges Vergleichsbild geben kann.

Ganz besonders bedauerlich ist die Zunahme an Syphilis, die die auch vom Lande her gemeldet wird, und die Zunahme der weiblichen Geschlechtskranken.

Von vielen Ärzten des platten Landes wurde ich darauf aufmerksam gemacht, daß die gemeldeten Zahlen zu gering wären, da sehr viele Erkrankungen, besonders bei männlicher Gonorrhoe, durch ehemaliges Sanitätspersonal in großen, abseits liegenden Dörfern behandelt würden, daß sehr viele sich selbst behandelten, und so der ärztlichen Überwachung entgingen. In einer Gegend wurden Erwerbslose, die mit ihren sogenannten Bräuten aus den Großstädten auf dem Lande als Schnitter arbeiteten, als Grund der zahlreichen Krankheiten angegeben, aus anderen Gegenden wieder die auf dem Lande tätigen geschlechtskranken Russen, unter denen, wie mir vom Lagerarzt des Kriegsgefangenenlagers Güstrow mitgeteilt wurde, Syphilis und Tripper sehr verbreitet war. Kamen sie von ihren meist auf dem Lande gelegenen Arbeitsstätten ins Lager, wurden sehr häufig Geschlechtskranke festgestellt, deren strenge Absonderung nicht einmal im Lagerlazarett trotz aller Bemühungen vollständig durchführbar war.

Um die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten nach Stadt und Land anschaulich darzustellen, habe ich folgende Tabelle zusammengestellt:

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Vergleichen wir dieses Ergebnis mit dem der Erhebung in Preußen am 30. April 1900, so ergibt sich folgendes Bild:

	Es lebten von der erwachsenen Bevölkerung		Anteil der Geschlechtskranken	
	in der Stadt	auf d. Lande	in der Stadt	auf d. Lande
Preußen 1900	1/4	3/4	3/4	1/4
Mecklenburg 1921	1/4	3/4	1/2	1/2

Also auch jetzt noch weniger Geschlechtskranke auf dem Lande als in der Stadt, aber, was auch Vergleiche mit anderen der früher angegebenen Statistiken erkennen lassen, es hat un-

	Von 100 Ärzten haben geantwortet	In der Zeit vom 1.—31. Okt. 1921 befanden sich in ärztlicher Behandlung auf 1000 Einw. im Alter von 15—50 Jahren des gleichen Geschlechts Geschlechtskranke m.	w.	In % aller Geschlechtskranken	Es lebten von der Gesamtbevölkerung im Alter von 15—50 Jahren am 8. Okt. 1919 in %
In 5 Städten mit 10 000—70 000 Einwohnern	94	15,08	9,68	48,75	27,15
In den übrigen Kleinstädten und Landgemeinden	94	6,66	3,09	51,25	72,85
In ganz Mecklenburg-Schwerin	94	8,93	4,89	100,0	100,0
In 2 Städten mit 10 000—13 000 Einwohnern	100	21,90	10,06	55,84	23,08
In den übrigen Kleinstädten und Landgemeinden	93	5,78	1,72	44,16	76,92
In ganz Mecklenburg-Strelitz	96	9,36	3,71	100,0	100,0

bedingt eine Verschiebung zuungunsten des flachen Landes stattgefunden.

Als Endergebnis dieser Tabellen kann man feststellen, daß die Geschlechtskrankheiten in Mecklenburg, insbesondere auf dem Lande und bei den Frauen, bedeutend zugenommen haben. Die Syphilis ist gegen früher wesentlich mehr verbreitet. Die venerischen Erkrankungen treten auch nach dem Kriege häufiger in den Städten als auf dem Lande auf.

Die zweite Frage meiner Zählkarte, ob die Krankheiten gegen das Vorjahr ab- oder zugenommen haben, ergab eine Abnahme für den Bezirk Güstrow, einen Stillstand im Bezirk Schwerin und eine Zunahme in allen übrigen Bezirken. Gegen die Vorkriegszeit wurde in allen Bezirken eine Zunahme, zum Teil eine wesentliche, insbesondere der Syphilis gemeldet. So standen im Stadtkrankenhaus Schwerin, um nur ein Beispiel zu nennen, in Behandlung:

	Syphilis		Gonorrhoe		w. Schanker		zus.
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
vom 1.—31. Oktober 1913	—	1	1	—	—	—	2
vom 1.—31. Oktober 1920	3	12	7	14	—	—	36
vom 1.—31. Oktober 1921	5	6	3	11	1	—	26

Also auch hier Zunahme gegen 1913, wie überall im Lande, aber Abnahme gegen 1920.

Durch die Unterstützung der höheren militärärztlichen Dienststellen war es mir auch möglich gewesen, die Geschlechtskranken der in Mecklenburg garnisonierenden Reichswehr zu ermitteln.

Es standen in der Zeit vom 1.—31. Oktober 1921 in Mecklenburg-Schwerin in militärärztlicher Behandlung:

	Syphilis	Tripper	w. Schanker	vener. Erkrankungen
Erkrankte	26	14	1	41
auf 1000 der Iststärke	10,1	5,4	0,3	16,0

Diese Zahlen entsprechen in der Gesamtzahl ungefähr dem Durchschnitt der 5 größten Städte Mecklenburgs (15,08), nur muß man berücksichtigen, daß dort die Zahl auf die Männer von 15 bis 50 Jahren berechnet ist, daß bei der Reichswehr alle Kranken angegeben sind, während in den Städten die unkontrollierbare große Zahl der bei Kurpfuschern in Behandlung stehenden Kranken unberücksichtigt blieben. Aus diesem Grunde muß man zu dem Schluß kommen, daß die Reichswehr in bezug auf die Geschlechtskrankheiten besser dasteht als die männliche Zivilbevölkerung gleichen Alters der Garnisonen, wenn auch zugegeben werden muß, daß leider die niedrigen Zahlen, die das stehende Heer immer auszeichneten, nicht mehr vorhanden sind, wie das ja aber auch, entsprechend den Erfahrungen in anderen Ländern bei einem Söldnerheer mit wesentlich längerer Dienstzeit nicht anders zu erwarten war.

Auch die Zahl der geschlechtskranken Beamten der Ordnungspolizei beider Mecklenburg — Reichswehr liegt nur in Mecklenburg-Schwerin — wurde mir liebenswürdigerweise zur Verfügung gestellt.

Es standen von der Ordnungspolizei in ärztlicher Behandlung vom 1.—31. Oktober 1921 auf 1000 der Kopfstärke wegen:

in	Syphilis	Tripper	w. Schanker	vener. Erkrankungen
Mecklenburg-Schwerin	8,0	7,0	—	15,5
Mecklenburg-Strelitz	—	7,7	—	7,7

Es steht die Ordnungspolizei also im ganzen ebenso da wie die Reichswehr, aber man muß berücksichtigen, daß diese Berechnung bei der absoluten geringen Anzahl von Kranken (13 für Mecklenburg-Schwerin und 1 für Mecklenburg-Strelitz) noch viel weniger als bei der Reichswehr großen statistischen Wert hat, da sie ja nur die Fälle einer verhältnismäßig kurzen Spanne Zeit berücksichtigt.

Überhaupt kann man gegen die von mir veranstaltete Zählung mancherlei einwenden.

Die Zahlen an und für sich sind nur gering, es fehlt die Teilung in frische und alte Fälle, die Frage nach Anfangsbestand und Zugang, nach noch nicht behandelten und schon behandelten Erkrankungen, nach Familienstand, nach Herkunft und Alter des Kranken, dann liegt die letzte Volkszählung zwei Jahre zurück, die Zeit eines Monats ist nur kurz, u. a. m. Einen kleinen Teil dieser Fehlerquellen habe ich durch den Facharztfragebogen auszuschalten versucht. Roesle (90) sagt zwar „mit irreführenden statistischen Momentbildern ist der Wissenschaft aber keineswegs gedient", trotzdem wurde die Zählung veranstaltet, da meines Erachtens trotz aller Mängel das Ziel derselben, die Verteilung der Geschlechtskrankheiten nach Stadt und Land in Mecklenburg festzustellen, erreicht ist. Ein alle Fragen erschöpfender Fragebogen wäre selbst bei dem großen Interesse der mecklenburgischen Ärzte zum Teil einfach aus Mangel an Zeit nicht beantwortet worden, während so die Beantwortung eine überaus befriedigende ist.

In unserem Land, wo keine Anzeigepflicht besteht, wo man mühsam nach wertvollen Zahlen über die Verbreitung dieser verderblichen Seuchen suchen muß, ist jede Zählung, wenn man sie möglichst objektiv zu verwerten sucht, und sich in Erkenntnis und unter Berücksichtigung aller Mängel vor zu weitgehenden Schlüssen, Berechnungen und Vergleichen hütet, wertvoll.

So hoffe ich, daß auch diese kleine Statistik dazu beitragen möchte, auf die große Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und die damit für die Zukunft unseres Volkes verbundenen schweren Gefahren aufmerksam zu machen.

VII.

Zusammenfassung.

1. Nach den vorhandenen Statistiken, die aber wegen des intimen Charakters der Geschlechtskrankheiten, wegen der gerade hierbei besonders häufigen Kurpfuscherbehandlung und der schwierigen Technik, insbesondere bei der Eigenart der chronischen Syphilis, niemals restlos alle Fälle erfassen werden, ist die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den Städten vor dem Kriege eine wesentlich größere als auf dem Lande gewesen.

2. Diese Eigentümlichkeit ist durch das Leben in der Stadt mit seinen Verführungen, seiner Mischung von sozial weit ge-

trennten Bevölkerungskreisen, seiner durch den Verkehr bedingten Bewegungsfreiheit und die große Anzahl der Ledigen bedingt, die in die Städte strömen in der Hoffnung, hier leichter Geld zu verdienen und mehr Vergnügungen zu finden.

3. Durch den Krieg haben die Geschlechtskrankheiten in Mecklenburg zugenommen, aller Wahrscheinlichkeit nach auch in anderen ländlichen Gegenden Deutschlands, während in den Großstädten schon vor dem Kriege eine Art Sättigung eingetreten war.

4. Auch nach dem Kriege sind die Geschlechtskrankheiten in der Stadt mehr als auf dem Lande in Mecklenburg verbreitet, wenn auch durch Zunahme der Verseuchung des platten Landes die Gegensätze nicht mehr so groß sind wie vor dem Kriege.

Literaturverzeichnis.

1. Adam, A. „Geschlechtskrankheiten" im Grundriß der Hygiene von Selter. 1920, Bd. I, S. 481—490.
2. Berichte der Kommissionen des Reichstags 1917, 6. Erster Teilbericht des 16. Ausschusses für Bevölkerungspolitik betr. die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Heer und in der Gesamtbevölkerung. 60 S.
3. Bericht über „Meeting of the Contagious Diseases Association". The British Medical Journal 1868, Bd. 2, S. 34.
4. Blaschko, A. Die statistische Erhebung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preußen am 30. April 1900. Berl. klin. Wochenschr. 1900, S. 335—336.
5. Blaschko, A. Über die Häufigkeit des Trippers in Deutschland. Münch. med. Wochenschr. 1907, S. 216—219 und Zeitschr. z. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1908, Bd. 6, S. 5—18.
6. Blaschko, A. Zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland. Med. Reform 1910. S. 33—40.
7. Blaschko, A. „Geschlechtskrankheiten" im Handwörterbuch der sozialen Hygiene von Grotjahn und Kaup. 1912, Bd. 1, S. 397—405.
8. Blaschko, A. Wie veranstaltet man am besten statistische Erhebungen über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten? Zeitschr. f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1912, Bd. 14, S. 73—87.
9. Blaschko, A. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. Derm. Zeitschr. 1918, Bd. 25, S. 15—68 und 90—139.
10. Blaschko, A. „Hygiene der Geschlechtskrankheiten", in Weyls Handbuch der Hygiene 1920, Bd. 8, 1920, 553 S.
11. Blaschko und Fischer. „Einfluß der sozialen Lage auf die Geschlechtskrankheiten" in „Krankheit und soziale Lage" von Mosse-Tugendreich, 1913, S. 497—531.
12. Bloch, I. Das Sexualleben unserer Zeit. 1908, 871 S.
13. Brandweiner, A. Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten. Arch. f. Derm. u. Syph. 1908, 91. Bd., S. 9—31.

14. Brasch, M. Über die zur Bekämpfung der Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten erforderlichen sanitätspolizeilichen Maßregeln. D. Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege 1898, 30. Bd., S. 522—253.

15. Bruck, C. Über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg. Derm. Wochenschr. 1919, 68. Bd., S. 294—296.

16. Busch, A. Erhebungen über die in Frankfurt a. M. in ärztlicher Behandlung befindlichen geschlechtskranken Personen. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege 1912, 31. Jahrg., S. 103—110.

17. Busch, A. Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes deutscher Stadtstatistiker vom Jahre 1913. 1918. 42 S.

18. zum Busch. „England". Dt. med. Wochenschr. 1921, S. 1301—1302.

19. Chajes, B. „Geschlechtskrankheiten" im Compendium der sozialen Hygiene. 1921, S. 75—91.

20. Chotzen, M. Die Fortbewegung der Geschlechtskrankheiten in der Festung Breslau während des ersten Kriegsjahres. Münch. med. Wochenschr. 1916, S. 305—308.

21. Chotzen, M. Die zukünftige Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. 1918, S. 32—36.

22. Christian, Gesetzentwürfe zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Öffentl. Gesundheitspflege 1921, 6. Jahrg., S. 325—38.

23. Claassen, W., Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin 1892 bis 1900. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. 1913, 10. Jahrg., S. 479—483.

24. Claus, M. Untersuchungen über die Bevölkerungs- und Wohnungsdichtigkeit der Stadt Rostock i. M. Zentralblatt f. allgem. Gesundheitspflege 1900, S. 85—112.

25. Das Deutsche Reich in gesundheitlicher und demographischer Beziehung. Festschrift zum 14. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie. Berlin 1907, vom Kaiserl. Gesundheitsamte und Kaiserl. statistischen Amte. 331 S.

26. Das vorläufige Ergebnis der Zählung der Geschlechtskranken im Jahre 1919. Veröff. d. Reichsgesundheitsamts 1921, 45. Jahrg., S. 408 und Volkswohlfahrt 1921, S. 442—443.

27. D. med. Wochenschr. „Kleine Mitteilungen" 1920, S. 21.

28. Deutsches Reich, Verordnungen der Reichsregierung und des Staatssekretärs des Innern zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Vom 11. Dez. 1918. Reichs-Ges.-Bl. 1918, S. 1431.

29. Dinter, A. Die Sünde wider den Geist. 1921, S. 83.

30. Dohrn, K. Über die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten auf Grund der Untersuchung von Gefangenen. Zeitschr. f. Bek. der Geschlechtskrankheiten 1908, 6. Bd. S. 1—4.

31. Elster, A. „Geschlechtskrankheiten" in „Chronik der sozialen Hygiene". Öffentl. Gesundheitspflege 1921, 6. Jahrg., S. 247—251.

32. Erb, W. Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen. Münch. med. Wochenschr. 1906, S. 2329—2333.

33. Fabry, I. Ein Beitrag zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch Unbefugte. Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankheiten 1910, S. 387—399.

34. Finger, E. „Statistik und Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten" im Handbuch der Geschlechtskrankheiten von Finger-Jadassohn-Ehrmann-Groß, 1916, Bd. 3, S. 2632—2725.

35. Finger, E. Fürsorgebestrebungen für geschlechtskranke Jugendliche. Berl. klin. Wochenschr. 1918, S. 173.

36. Finger, E. Das schwedische Gesetz, betr. Maßnahmen gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten, vom 20. Juni 1918. Wiener klin. Wochenschr. 1919, S. 117—120.

37. Flemming, I. Das Nachtleben in deutschen Großstädten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankheiten Bd. 16, 1915, S. 201—216.

38. Flügge, C. „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten" im Grundriß der Hygiene 1921, S. 486—489.

39. Frey. Das Gesundheitswesen im deutschen Verwaltungsgebiet von Polen in den Jahren 1914—1918. Arbeiten aus dem Reichsgesundheitsamt 51, 1919, S. 583—733.

40. Galewsky und Woithe. Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung, 1920, 193 S.

41. Gärtner, W. Der Anteil der ärztlichen Hilfe an der Eindämmung der Geschlechtskrankheiten. Volkswohlfahrt 1921, S. 336—338.

42. Gans, O. Die Ansteckungsquellen der geschlechtskranken Heeresangehörigen während des Krieges. D. med. Wochenschr. 1918, S. 15—16.

43. Gottstein, A. Referat zu A. Blaschko. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin. D. med. Wochenschr. 1918, S. 501—502.

44. Gottstein, A. „Fürsorge für Geschlechtskranke" und „Statistik" in „Sozialärztliches Praktikum" von Gottstein-Tugendreich. S. 281—295 und S. 334—368. 1920.

45. Großherzogl. Meckl.-Schwer. Staatskalender 1902, 1155 S.

46. Großherzogl. Meckl.-Schwer. Staatskalender 1917, 1260 S.

47. Grotjahn und Kriegel. Bibliographischer Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik, „Geschlechtskrankheiten und Prostitution". Jahr 1916, S. 28—34.

48. — Jahr 1917, S. 34—40.

49. — Jahr 1918, S. 35—41.

50. — Jahr 1919, S. 42—49.

51. Grünspan, A. Die Geschlechtskrankheiten im Herzogtum Braunschweig. D. med. Wochenschr. 1922, S. 228—229.

52. Gutmann, M. I. Ueber den heutigen Stand der Rassen- und Krankheitsfrage der Juden 1920, 72 S.

53. Guttstadt, A. Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen, sowie die Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Krankheiten. Zeitschrift d. Königl. preuß. Büros, Ergänzungsheft 20, 1901, 66 S.

54. Hampel, F. Die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten durch den Krieg und ihre Bekämpfung, Inaug.-Diss. Greifswald 1919, 42. S.

55. Haustein, H. Lex veneris in Schweden und ihre Wirksamkeit. Zeitschr. f. Sozialhygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen, 2. Jahrg., 1920, S. 308—316, 371—379 und 3. Jahrg. 1921, S. 8—15.

56. Hessen. Erlaß des Ministeriums des Innern, Abt. für öffentliche Gesundheitspflege, betr. Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, vom 2. Jan. 1919. Amtsblatt 1919 Nr. 570.

57. Himmet, H. Geschlechtskrankheiten und Ehe im Islam. Inaug.-Diss. München 1917, 16 S.

58. Hjelt, O. Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Finnland 1874, 87 S.
59. Hodann, M. Die sozialhygienische Bedeutung der Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Arch. f. Soz. Hygiene u. Demogr., 14. Bd., 1920, S. 73—96.
60. Hubert, G. Ein weiterer Beitrag zur Häufigkeit der Lues. Münch. med. Wochenschr. 1918, S. 619—621.
61. Jadassohn, J. Bericht über eine zum Studium der Prostitution unter Prophylaxe der venerischen Krankheiten unternommene Reise. D. Vierteljahresschrift für öffentl. Gesundheitspflege., 2. Bd., 1894, S. 193—245.
62. Kampfmeyer, P. Das Wohnungselend der Großstädte und seine Beziehung zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, 1903, S. 145—160.
63. Konrich. Einige Tatsachen zur Bewertung der Anzeigepflicht bei Geschlechtskrankheiten. D. med. Wochenschr. 1921, S. 188.
64. Lassar, O. Über die Verbreitung der venerischen Krankheiten. Derm. Zeitschr., Bd. 6, 1899, S. 596—607.
65. Lenz, F. Verbreitung der Lues und ihre Bedeutung für den Rasentod. Arch. f. Rass.- u. Ges.-Biol. 1910, S. 306—327.
66. Marx, K. F. H. Über die Abnahme der Krankheiten durch die Zunahme der Zivilisation 1844, S. 35.
67. Majer, C. Beitrag zur Statistik der Syphilis in Bayern und speziell in der Stadt München. Ärztl. Intelligenzblatt, 20. Jahrg. 1873, S. 265—266 und S. 282.
68. Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Sitzungsbericht der am 8. Okt. 1915 auf Einladung des Generalgouvernements in Belgien zu Brüssel abgehaltenen Besprechung 1915, 61 S.
69. Müller, H. Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Rheinhessen und Bordellfrage in Mainz. Münch. med. Wochenschr. 1921, S. 973—974.
70. Müller, M. Der Behandlungsschlendrian auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1918, S. 428—429.
71. Mulzer, P. Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde und in der Heimat. Derm. Zeitschr. 1918, Bd. 25, S. 221—251.
72. Meisser, A. Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung. 1916, 331 Seiten.
73. Norwegen. Gesundheitszustand in Christiania im Jahre 1914. Veröff. d. Kais. Gesundheitsamts 1916, S. 28.
74. — im Jahre 1915. Veröff. d. Kais. Gesundheitsamts 1917, S. 119.
75. — im Jahre 1917. Veröff. d. Reichsgesundheitsamts 1919, S. 307.
76. v. Notthaft. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1918, S. 1273—1274.
77. Oesterlen, F. Handbuch der medizinischen Statistik 1874. „Syphilis", S. 673—676.
78. v. Petersen, O. Die Syphilis und die venerischen Krankheiten in den Städten Rußlands. Derm. Zeitschr. 1899, Bd. 6, Ergänzungsheft, S. 1—69.
79. Pfeiffer, Das Wohnungselend der großen Städte und seine Beziehung zur Prostitution und den Geschlechtskrankheiten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankheiten. 1. Bd., 1903, S. 135—143.
80. Prinzing, F. „Geschlechtskrankheiten und Prostitution" im Handbuch der med. Statistik 1906, S. 223—233.

81. Prinzing, F. Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik 1920, 39 S.
82. Proksch, I. K. Die Literatur über die venerischen Krankheiten. 1889—1891, 1926 S. 1900, 835 S.
83. Proksch, I. K. Die Geschichte der venerischen Krankheiten. Bd. 1, 1895, 524 S. Bd. 2, 1895, 892 S.
84. Proksch, I. K. Beiträge zur Geschichte der Syphilis. 1904, 54 S.
85. Proksch, I. K. „Geschichte der Geschlechtskrankheiten" im Handbuch der Geschlechtskrankheiten, von Finger-Jadassohn-Ehrmann-Groß. 1910, Bd. 1, S. 1—140.
86. Raettig, H. Statistische Mitteilungen über das Vorkommen der übertragbaren Geschlechtskrankheiten in Rostock für den Zeitraum 1897—1903. Inaug.-Diss. Rostock 1908, 34 S.
87. Reiter, H. Kann eine Verbreitung der Gonorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluß eingeschränkt werden? D. med Wochenschr. 1917, S. 690—691.
88. Reiter und Dörr. Beitrag zur Bevölkerungsbewegung während der Kriegsjahre 1914—1918 unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Rostock. Öff. Gesundheitspflege 1920, S. 316—322.
89. Richter, P. Geschichtliche Beiträge über die Versuche, die Ausbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen festzustellen und zu verhüten. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.-Kr. 1913, 14. Bd., S. 206—225.
90. Roesle, E. Kritische Besprechung der Magdeburger Statistik 1913. Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr. 1915, 10. Bd., S. 349—363.
91. Roesle, E. Kritische Bemerkungen zur Statistik der Geschlechtskrankheiten, Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr. 1919—1920, 13. Bd., S. 295—316.
92. Schmalz, W. Über die Einschleppung von Geschlechtskrankheiten und Malaria durch unsere aus Rußland heimkehrenden Gefangenen. D. med. Wochenschr. 1919, S. 297—298.
93. Schmitt, A. Zur Statistik der Verbreitung der venerischen Erkrankungen, insbesondere der Syphilis, in der Stadt Würzburg. Zeitschr. f. Bek. d. Geschl.-Kr. 1911, 11. Bd., S. 245—262 und 277—293.
94. Schröder, P. Der Altersaufbau der Bevölkerung der Stadt Rostock. Inaug.-Diss. Rostock 1899. 21 S.
95. Schultz, G. und Sternthal. Die Geschlechtskrankheiten im Herzogtum Braunschweig nach der Erhebung vom 1. Febr. bis 31. Juli 1909. Beiträge zur Statistik des Herzogtums Braunschweig. 1911, Heft 25, S. 44—84.
96. Schumburg, Die Geschlechtskrankheiten. 1919, 102 S.
97. Schweden. Allgemeines Gesundheits- und Sanitätswesen im Jahre 1913. Veröff. d. Kais. Gesundheitsamts. 1915, S. 834—835.
98. — im Jahre 1914. Veröff. d. Kais. Gesundheitsamts. 1916, S. 459.
99. — im Jahre 1916. Veröff. d. Reichsgesundheitsamts. 1919, S. 275.
100. — im Jahre 1917. Veröff. d. Reichsgesundheitsamts. 1920, S. 324—325.
101. Schwiening, H. Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren sowie in der militärpflichtigen Jugend Deutschlands. Veröff. aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. 1907, 99 S.
102. Selter und Seitz. „Bedeutung und Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten" im Grundriß der Hygiene von Selter. 1920, S. 358—398.
103. Seutemann, K. Die Geschlechtskrankheiten in der Stadt Hannover Ende 1919. Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr. 14. Bd., 1921, S. 243—257.

104. Sofer, L. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Österreich, besonders in Galizien. Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankheiten, 6. Bd. 1907, S. 341—349.

105. Spaet, F. „Fürsorge für Geschlechtskranke" in „Der Fürsorgearzt" 1921, S. 297—320.

106. Spitta, O. „Hygiene des geschlechtsreifen Alters" im Grundriß der Hygiene 1920, S. 370—376.

107. Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 1920, 360 S.

108. Teleky, L. Vorlesungen über soziale Medizin 1914, 282 S. (S. 30—31).

109. Trebitsch, R. Dermatologische Beobachtungen aus West-Grönland. Arch. f. Derm. u. Syph. 1908, 91. Bd., 1908, S. 205—224.

110. Ulrich, M. Die Statistik der Geschlechtskrankheiten. Arch. f. Frauenknnde u. Eug. 1919, 5. Bd., S. 282—285.

111. Vogel. Krieg, Ehe und Geschlechtskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1917, S. 1299—1300.

112. Voigt, L. Die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalt in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Öffentl. Gesundheitspflege 1921, S. 338—348.

113. Vörner, H. Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen. Münch. med. Wochenschr. 1907, S. 219—220.

114. Wagner, E. H. Beitrag zur Statistik der venerischen Krankheiten, speziell des weichen Schankers, mit besonderer Berücksichtigung Straßburgs. Inaug.-Diss. Straßburg 1888, 43 S.

115. Weinberg, W. Der Fragebogen der deutschen Gesellschaft für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Kritische Besprechung. Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr. 1914, 9. Bd., S. 228—229.

116. Weinberg, W. Zur Frage der Häufigkeit der Syphilis in der Großstadt. Arch. f. Rassen- u. Ges.-Biol. 1914—1915, 11. Jahrg., S. 193—205.

117. Welander, E. Geschlechtskrankheiten und Prostitution in Schweden. Zeitschrift f. Bek. d. Geschlechtskrankheiten 1911, 11. Bd., S. 385—421 und 425—432 (geschr. 1907).

118. Winter, G. Weibliche Kriegs- und Nachkriegsopfer. D. med. Wochenschr. 1922, S. 64—67.

119. Wolff, A. „Die venerischen Krankheiten" in „Topographie der Stadt Straßburg 1889", S. 454—469.

120. Akten „Geschlechtskrankheiten" der Medizinalkommission zu Rostock.

Die Aufgaben und Grenzen der schul- und fürsorgeärztlichen Tätigkeit [1].

Von Stadtmedizinalrat Dr. R. Oxenius, Frankfurt a. M.

Das alte wahre Wort, daß Krankheiten zu verhüten besser ist, als Krankheiten zu heilen, besagt, daß es für den Arzt — und nur er kann in gesundheitlichen Fragen der wirkliche Sachverständige sein — zwei Aufgaben gibt: Außer der Steigerung der Leistungsfähigkeit die *Gesunderhaltung* durch *vorbeugende Maßnahmen* und die *Wiederherstellung* der angegriffenen Gesundheit durch die *Behandlung*. Obwohl es eine strenge Grenze zwischen beiden nicht gibt, hat es doch dem Zug der Zeit folgend dazu geführt, daß sich zwei Kategorien von Ärzten gebildet haben, die Sozialhygieniker, die Fürsorgeärzte, und die behandelnden Ärzte. Diese Differenzierung, die erst neueren Datums ist, erklärt sich ohne weiteres aus der historischen Entwicklung.

Der Hausarzt der guten alten Zeit war nicht nur Krankenbehandler, er war der gesundheitliche Berater, der Freund der Familie. Er erlebte das Wohl und Wehe einer ganzen Generation mit. Er wurde um Rat gefragt vor der Eheschließung, er beriet die junge Frau während der Schwangerschaft, leistete Hilfe bei der Entbindung und verfolgte — nicht nur in Krankheitstagen — das Wohlergehen der Kinder vom ersten Tage der Geburt bis über die Schulzeit hinaus. Das ist allmählich anders geworden. Durch die an sich segensreiche Krankenversicherungsgesetzgebung, die Überfüllung des ärztlichen Berufs, die fortschreitende Entwicklung der medizinischen Wissenschaft, welche zu einer immer größeren Spezialisierung und damit zu einer Überwucherung des ärztlichen Spezialistentums geführt

[1]) Referat erstattet am 10. September 1922 auf der Tagung der Vereinigung Deutscher Schul- und Fürsorgeärzte in Frankfurt a. M.

hat, durch die mangelhafte fürsorgeärztliche Ausbildung der Mediziner durch die Kliniker während der Studienzeit ist der praktische Arzt in seiner Tätigkeit mehr und mehr eingeengt worden. Der Arzt wird eben nicht mehr vor dem Ausbruch der Krankheit in Anspruch genommen, sondern der Patient geht erst, wenn Not an Mann ist, je nach der Art der Krankheit bald zu diesem, bald zu jenem Arzt. Das alte Vertrauensverhältnis hat leider aufgehört. Das alles hat zu einer verständlichen Mißstimmung der behandelnden Ärzte geführt, die um so bedauerlicher ist, als nun mal die praktischen Ärzte das Rückgrat der gesamten Gesundheitsfürsorge sein und bleiben müssen. Trotzdem können wir die Entwicklung nicht aufhalten. Das Gebiet der Prophylaxe ist so groß geworden, daß es von den praktischen Ärzten nicht mehr beherrscht und allein von ihnen ausgeübt werden kann. Die soziale Hygiene hat also ihre Berechtigung, aber sie ist Neuland, immer wieder tauchen neue Fragen auf, die der Inangriffnahme bedürfen, sie muß sich erst ihre Stellung als Spezialgebiet gegenüber den Verwaltungen und den praktischen Ärzten erringen. Das wird sie um so eher können, wenn sie sich möglichst auf ihr Arbeitsgebiet beschränkt, wenn sie nicht über das Ziel hinaus schießt. Sie muß also in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Deshalb ist die Frage, welche Aufgaben der Sozialarzt zu erfüllen hat, und welche Grenzen ihm in seiner Tätigkeit gesteckt sind, von aktueller Bedeutung. Diese Frage bedarf dringend der Aussprache, und ich hoffe, daß die heutige Tagung uns der Klärung dieser Frage näher bringen wird.

Wenn wir die Dienstanweisung für die staatlichen Gesundheitsbeamten, die Kreisärzte, durchsehen, so finden wir eine erstaunliche Fülle von Aufgaben, denen der Kreisarzt gewachsen sein soll, und die er in seiner Arbeitszeit bewältigen soll, zumal wenn er nicht hauptamtlich angestellt ist, also auch noch Privatpraxis auszuüben gezwungen ist. Neben die Kreisärzte, welche in erster Linie die ärztlichen Aufsichtsbeamten der Kreise und Gemeinden sein sollen, sind nun — nicht immer freudig begrüßt von den Kreisärzten — die Kommunalärzte getreten, welche ihrerseits dazu berufen sind, die gesundheitlichen Interessen der Gemeinden und der Bevölkerung zu vertreten, zu fördern, und welche wohl auch ein gewisses Gegengewicht gegen die staatlichen Medizinalbeamten bilden sollen. Ohne heute auf den dadurch entstandenen Widerstreit von Kreis- und Kommunalärzten, den ich übrigens nicht für so wichtig halte, wie er öfters von beiden Lagern aus geführt wird,

näher einzugehen, glaube ich, daß beide ihre Existenzberechtigung haben, und daß bei einigem guten Willen die Gegensätze zu überbrücken sind, und die Abgrenzung der beiderseitigen Arbeitsgebiete sich wohl in Ruhe und Frieden wird vollziehen lassen.

Der Aufgabenkreis des Kommunal- und Fürsorgearztes ist nicht weniger umfangreich wie der des Kreisarztes. Hier herrscht aber keine Einheitlichkeit der Anschauungen, man kann schon sagen, vielmehr große Verwirrung. Je nach den lokalen Verhältnissen versteht man unter der Tätigkeit des Kommunalarztes etwas ganz Verschiedenes. Das zeigen uns die Stellenangebote neuester Zeit. Was wird da nicht alles verlangt! Ich will nur ein paar Stichworte herausgreifen, ohne auf Vollständigkeit Anspruch zu machen: Beratung in allgemein ärztlichen und hygienischen Fragen, Untersuchung und Begutachtung der Angestellten und Beamten, Mutterschutz, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Jugendfürsorge, Schulhygiene, sportlich erfahren, Psychopathenfürsorge, Berufsberatung, Tuberkulose- und Krüppelfürsorge, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Polizeiarzt und dgl. mehr. Dieses „und dgl. mehr" wird in einem Angebot sehr drastisch ausgedrückt mit den Worten: „Der Kommunalarzt hat alle weiteren Aufgaben auszuführen, die ihm von der Stadtverwaltung übertragen werden." Was darunter verstanden werden kann, sehen wir aus anderen Angeboten. Über das Gebiet der sozialen Hygiene hinaus wird auch Übernahme behandelnder Tätigkeit verlangt. In einem Fall soll der Stadtarzt „Chefarzt des Krankenhauses" sein, oder Armenarzt, soll Behandlung bei polizeilichen Aufhebungen und plötzlichen Unglücksfällen ausüben, Impfungen vornehmen, Behandlung in sonstigen städtischen Anstalten übernehmen usw. usw. Aber auch vor der Ausübung fachärztlicher Tätigkeit wird nicht Halt gemacht. Daß die Tätigkeit in den Säuglings*beratungsstellen* gute spezialistische Kenntnisse erfordert, liegt auf der Hand. Hier läßt sich Beratung und Behandlung nicht streng voneinander trennen. Bei der ärztlichen *Behandlung* in den Säuglings- und ähnlichen *Heimen* sind sie absolut unentbehrlich. Auch bei der Tuberkulosefürsorge ist die Entwicklung leider dahin gegangen, daß vielfach neben der sozialhygienischen Beratung auch fachärztliche Untersuchungen vorgenommen werden, ja daß man neuerdings noch zur Behandlung überzugehen beginnt. Kein Mensch wird von einem Hygieniker, von einem Untersuchungsamt, das z. B. die Typhusbekämpfung sich zum Ziele setzt, erwarten, daß er sich auch um den einzelnen Kranken bekümmert und die Behandlung übernimmt, an den Sozial-

hygieniker wird dieses Verlangen oft gestellt. Und da sind es nicht etwa die Stadtverwaltungen nur, die auf diesem Boden stehen, sondern von den Stadtärzten selbst geht unter völliger Verkennung der ihnen gezogenen Grenzen diese Forderung aus.

Ebenso wie die Gesundheitsämter nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten aufgebaut sind — auch hier ist noch alles im Rollen — ist auch die Tätigkeit des Fürsorgearztes verschieden. Während in kleineren Gemeinden der Fürsorgearzt, als alleiniger Arzt, alle vorkommenden in sein Gebiet schlagenden Arbeiten verrichten muß und auch eine Reihe von Großstädten, wo mehrere Kommunalärzte angestellt sind, durch Einführung des Bezirksarztsystems in ähnlicher Weise arbeiten, ist man an anderen Orten dagegen zur Spezialisierung geschritten. Es gibt da nur Säuglingsärzte, Schulärzte, Tuberkulosefürsorgeärzte, Psychologen usw., oder es gibt ein gemischtes System, wobei der Stadtarzt je nach Neigung und Können neben allgemeiner Tätigkeit ein Spezialgebiet versieht.

Daß nach dem Gesagten wohl überall Privatpraxis nicht gestattet ist, bedarf keiner Erwähnung. Und doch darf der Fürsorgearzt nicht ganz die Fühlung mit der Praxis verlieren, wenn er auf der Höhe bleiben will. Es gibt eben doch neben der landläufigen Behandlung eine Reihe von Tätigkeiten gutachtlicher und ähnlicher Art, die grundsätzlich zu verbieten nicht immer von Vorteil ist. Ich kann auf diese Frage, die ebenfalls bei Gelegenheit einer eingehenden Erörterung unterzogen werden sollte, heute nicht näher eingehen.

Obwohl nun zur Bewältigung dieses großen Arbeitsgebietes gründliche Erfahrung vonnöten ist, steht dazu vielfach im schreienden Gegensatz — außer der nur nebenbei zu erwähnenden oft unzureichenden Bezahlung und Sicherstellung für die Zukunft — die geforderte Ausbildung. Man liest da: Ablegung der kreisärztlichen Prüfung erwünscht oder solche Bewerber bevorzugt, welche die Prüfung abzulegen gedenken, oder sozialhygienische Erfahrung erwünscht und dgl. mehr. Das zeigt uns, daß wir nicht gerade einen Überfluß an gut ausgebildeten Fürsorgeärzten haben.

Dadurch, daß es vielfach bisher an gutem Nachwuchs fehlt, ist der Kommunalarzt gezwungen, viel untergeordnete Arbeiten zu verrichten, die ihm nicht zugemutet werden sollten. Er soll, wenn sich die dafür aufgewandten Mittel rentieren sollen, Qualitätsarbeit leisten. Er soll nicht seine Kräfte zermürben durch Arbeiten, die einfache Kräfte verrichten können. Durch die sozialhygienischen Akademien, durch die Gelegenheit an größeren Stadtgemeinden als

Assistenzarzt sich gründlich auf den verschiedenen Gebieten auszubilden, wird hoffentlich bald Wandel geschaffen.

Der Meldung zur Kreisarztprüfung muß bekanntlich eine dreijährige Tätigkeit nach der Approbation vorangehen. Das besagt, daß der Kandidat sich zunächst eine gründliche Erfahrung auf dem allgemein ärztlichen Gebiet aneignen soll. Daneben soll die theoretische Ausbildung auf der Akademie einhergehen. Erst dann soll er nach abgelegter Prüfung zu seinem Spezialgebiet übergehen. Je größer die Allgemeinerfahrung, um so leichter die Einarbeitung in dem Spezialfach. Es folgt dann eine mehr oder weniger lange Ausbildungszeit als Kreisassistenzarzt, ehe er zu einem verantwortungsvollen Posten gelangt. Ich glaube, daß dieses der richtige Weg ist, und daß wir das im allgemeinen auch von den Kommunalärzten fordern sollten, wenn das Niveau nicht sinken soll, ganz gleich, ob wir im übrigen die Notwendigkeit der Kreisarztprüfung anerkennen oder nicht. Es fällt eben kein Meister vom Himmel, und es ist besser, zunächst in untergeordneter Stellung zu lernen, als an verantwortlicher Stelle Lehrgeld zahlen zu müssen. Die Verschiedenheit der Anforderungen, welche die einzelnen Kommunen von dem Kommunalarzt verlangen, bringt es auch mit sich, daß ein Kommunalarzt nicht ohne weiteres in einer anderen Stadt einen Posten ausfüllen kann, weil dort etwas ganz anderes von ihm verlangt wird.

Das führt mich zu der Frage, wie wir hauptamtlichen Kommunalärzte uns zu den Forderungen der Verwaltungen stellen sollen unter voller Würdigung des Umstandes, daß die Verhältnisse in den einzelnen Orten, in der Großstadt, Mittelstadt und dem ländlichen Kommunalverband anders geartet liegen. Die Ansichten der Ärzte selbst gehen da noch weit auseinander, und das hat zur Folge, daß bisher allgemeingültige Richtlinien noch nicht aufgestellt worden sind. Ich glaube aber doch, daß wir versuchen müssen, uns im Groben wenigstens darüber klar zu werden, was unbedingt zu unserem Aufgabenkreis gehört, also unsere eigentliche Domäne ist, und was darüber hinaus unter Umständen übernommen werden kann, bzw. was als nicht zu unseren Pflichten gehörig abgelehnt werden muß.

Wenn wir zunächst von den Spezialisten unseres Faches, den Säuglings-, Tuberkulose- usw. Ärzten absehen, die ja nur in Großstädten eine Rolle spielen, so ist zuzugeben, daß die Kommunen von ihren angestellten Ärzten die vorkommenden rein ärztlichen Arbeiten gutachtlicher Art verlangen können (Begutachtung der

Arbeitsfähigkeit der Beamten, Beurlaubungen, Pensionierungen, Unfälle usw.). Dasselbe gilt von der Begutachtung allgemeiner hygienischer Fragen (Wasserversorgung, Abwässerbeseitigung, Wohnungen, Schulen, Krankenhäuser usw.). Mindestens aber muß der Stadtarzt entscheiden, für welche hygienischen Gutachten dieser Art sein Können und Wissen ausreicht, und für welche er eines hygienischen Spezialisten bedarf. Hier hat der Arzt mit dem technischen Fachmann des betreffenden Zweiges zusammen zu arbeiten. Erfreulich ist es jedenfalls zu sehen, daß hier der ärztliche Einfluß wächst, daß auch den Stadtgesundheitsämtern eine Initiative auf allen Gebieten, welche in die Hygiene hineinspielen, mehr und mehr eingeräumt wird.

Ein unbestrittenes Gebiet für den Sozialhygieniker ist das der Aufklärung über Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege. Hier herrscht bekanntlich noch viel Interesselosigkeit und Unkenntnis bis in die Kreise der Ärzteschaft hinein. Die Ärzte müssen also in erster Linie bei jeder sich bietenden Gelegenheit in Wort und Schrift über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit sozialhygienischer Einrichtungen unterrichtet werden. Daneben ist es unsere Pflicht, das Hilfspersonal, die Fürsorgerinnen, von deren Tüchtigkeit ein gut Teil des Erfolges abhängt, auszubilden und durch Kurse, Fortbildungsvorträge und dgl. mehr für ihre Weiterbildung zu sorgen. Daß auch von den Familienfürsorgerinnen, Quartierschwestern oder wie sie sonst noch genannt werden, ein Übermaß an Kenntnissen verlangt wird, sei nur nebenbei bemerkt. Alle Volksbildner, welche sich mit der körperlichen und geistigen Ertüchtigung des Volkes beschäftigen, bedürfen der Unterweisung in Gesundheitspflege, damit sie ihrerseits die so erworbenen Kenntnisse unter das Volk tragen. Und wer ist als Lehrer dazu besser befähigt, als der in der Praxis stehende Fürsorgearzt. Volksvorlesungen, Vorführung von Filmen und Ausstellungen, Elternabende in den Schulen usw. dienen demselben Zweck. Ganz gleich, welche Frage der öffentlichen Gesundheitspflege aufgeworfen wird, zuständig ist jedenfalls in erster Linie der Sozialhygieniker. Wenn ich einen Vortrag über sexuelle Aufklärung, über Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten oder der Tuberkulose, über Säuglingsschutz halten soll, brauche ich kein Facharzt einer bestimmten Krankheit zu sein. Das käme nur dann in Frage, wenn über die Behandlung bestimmter Krankheiten (Salvarsan, Tuberkulin usw.) referiert werden sollte.

Wir sollen Pfadfinder sein, d. h. wir sollen neue Wege zu

finden suchen. Wir müssen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Vergangenheit und Gegenwart unterrichtet sein und daraus die Schlüsse ziehen, was änderungs- oder besserungsbedürftig ist. Jede große Verwaltung muß im eigenen Interesse Statistik treiben. Die Medizinalstatistik ist als technisches Hilfsmittel nicht zu entbehren. Wenn wir uns nicht Rechenschaft ablegen über unsere Arbeiten, kommen wir nicht vorwärts. Das aber erfordert Zeit und die steht uns meist nur in ungenügendem Maße zur Verfügung. Welch ungeheures Material, das der Bearbeitung harrt, liegt aus Mangel an Zeit brach und wie viele sogenannte wissenschaftliche Veröffentlichungen werden uns vorgesetzt, welche ernstlicher Prüfung nicht standhalten und der Gründlichkeit und wissenschaftlichen Bedeutung entbehren. Bei der heutigen Überlastung der Fürsorgeärzte muß eins meist notleiden, entweder die laufende tägliche Arbeit oder die Verarbeitung des Materials.

Soweit herrscht über die Aufgaben des Kommunalarztes wohl Einigkeit. Die Meinungsverschiedenheiten aber setzen ein, sobald wir Gebiete betreten, welche mit der ärztlichen Beratung des Einzelfalles und mit der Behandlung sich berühren. Hier drohen Konflikte, hier besteht die Gefahr, daß die uns gesteckten Grenzen überschritten werden zum Schaden der Sache, zumal zwischen prophylaktischer Fürsorge und ärztlicher Behandlung eine scharfe Grenze nicht zu ziehen ist. Ich glaube, daß, wenn vielfach über mangelnde Erfolge oder Mißerfolge in der Fürsorgearbeit geklagt wird, die falche Einstellung daran die Schuld trägt.

Die Sozialhygiene hat mit der Behandlung gar nichts zu tun. Die Behandlung der Alumnen des Wohlfahrtsamtes gehört also, wenn nicht besondere örtliche Verhältnisse zu einer anderen Auffassung zwingen, nicht zu den Aufgaben des Kommunalarztes. Sie unterscheidet sich in nichts von der Behandlung bei den Krankenkassen, ist also Sache der praktischen Ärzte am besten bei freier Arztwahl, denn der Arzt des Vertrauens spielt doch bei der Therapie eine wesentliche Rolle. Der behandelnde Arzt soll der Sachwalter seiner Patienten sein, der beamtete Arzt der Vermittler zwischen Patient, Arzt und Verwaltung, er soll der von der Praxis losgelöste unabhängige objektive Gutachter sein, der über den Parteien steht.

Je vorsichtiger wir zu Werke gehen, je größere Beschränkung wir uns auferlegen, um so reibungsloser werden wir mit den Ärzten, mit denen wir uns auf Schritt und Tritt berühren, zusammenarbeiten.

Bei der Schulhygiene, der ersten im großen Maßstab durchgeführten sozialhygienischen Einrichtung, haben sich die im Anfang aufgestellten Grundsätze noch am reinsten bewahrt. Aber auch hier wird neuerdings an den Grundfesten zu rütteln versucht. Schulpolikliniken mit rein ärztlicher Beratung werden gefordert, und die dann unausbleibliche Behandlungsmöglichkeit ist nur noch ein weiterer Schritt. Von den Anhängern der Behandlung wird ins Treffen geführt, daß die seitens des Schularztes für notwendig befundene Behandlung oft von den Eltern nicht eingeleitet wird, daß die Angehörigen es nicht verstehen, warum der Schularzt, der doch das Kind untersucht und also weiß, was ihm fehlt, nicht auch die Behandlung übernehmen könne, daß es ihnen zu umständlich sei, nun noch einmal einen anderen Arzt zu Rate zu ziehen. Diese Gründe sind nicht stichhaltig. An ärztlicher Behandlung, sei es durch Privat-, Kassen- oder Armenärzte, fehlt es nirgends. Die Zahl der in die Krankenkassen hineingezogenen Bevölkerungskreise wächst von Tag zu Tag. Die einsichtigen Angehörigen werden also, ohne Unkosten zu haben, dem Schularzt folgen und den Arzt ihres Vertrauens zu Rate ziehen. Bei den lässigen Angehörigen stehen uns, um unseren Forderungen Nachdruck zu verleihen, die Schulschwestern zur Seite. Einen Zwang auszuüben sind wir schließlich doch nicht in der Lage, es müßte denn sein, daß der § 1666 BGB. in Anspruch genommen werden könnte. Und wo soll letzten Endes die Behandlung anfangen und wo aufhören? Die Unzulänglichkeit jeder poliklinischen Behandlung liegt darin, daß im Fall eintretender Bettlägerigkeit der Poliklinikarzt es ablehnt, die Weiterbehandlung in der Wohnung weiter zu führen. Dann muß doch der praktische Arzt eintreten, er wird das nur widerwillig tun und nicht von der Zweckmäßigkeit der vorangegangenen die Praxis schädigenden poliklinischen Behandlung zu überzeugen sein. Anders könnten die Verhältnisse liegen bei der prophylaktischen Therapie. Der praktische Arzt hat sich bereits damit abgefunden, daß ihm die Pockenimpfungen so gut wie ganz entzogen worden sind; anderes liegt noch in den Kinderschuhen. Mit der Jodbehandlung bei beginnendem Kropf z. B. hat man an einzelnen Orten schüchterne Versuche gemacht. Ich kann mir auch denken, daß, wenn einmal eine sicher wirksame unschädliche prophylaktische Tuberkulintherapie gefunden würde — ob dieses die Petruschky'sche, Moro'sche oder andere Methode schon ist, bleibe dahingestellt —, eine solche Massenbehandlung sehr wohl in den Schulen durchgeführt werden könnte, schon deshalb, weil es sich dabei ja nicht

um eigentliche Kranke handelt, und weil die Beurteilung der Erfolge sich nur auf die Beobachtung eines großen gleichartigen Materials stützen kann. Die Behandlung des Einzelfalles, ganz gleich ob es sich um ein Schulkind, einen Säugling, einen Tuberkulösen oder sonst wen handelt, ist bei der großen Zahl der in Betracht kommenden Kranken gar nicht durchführbar und bedeutet einen schweren Eingriff in die Tätigkeit des praktischen Arztes, und wir Fürsorgeärzte sollten jedenfalls nicht die Hand dazu bieten, unseren Kollegen ohne zwingenden Grund in ihrer Tätigkeit Abbruch zu tun. Wir Fürsorgeärzte sind gar nicht imstande die praktischen Ärzte zu *ersetzen*, wir können nur ihre Tätigkeit *ergänzen*.

Bei den übrigen ärztlichen Fürsorgeeinrichtungen, bei denen es sich vorwiegend um Spezialgebiete, um Bekämpfung bestimmter Krankheitszustände und dgl. handelt, hat man sich leider vielfach die notwendige Zurückhaltung nicht auferlegt und ist über den Rahmen der eigentlichen Fürsorge hinausgegangen. Daß die Fürsorgeärzte, welche neben sozialhygienischer Schulung auch noch gute fachärztliche Kenntnisse auf einem bestimmten Gebiet besitzen, diese verwerten möchten, ist erklärlich, kann aber nicht ausschlaggebend sein. Bei der Bekämpfung der *Geschlechtskrankheiten* ist man wohl noch nicht dazu übergegangen, von dem Fürsorgearzt fachärztliche Kenntnisse zu verlangen. Die Fürsorge ist Sache des Sozialhygienikers, die ärztliche Behandlung und Beratung Sache der Ärzte. Die Fürsorge für *Gemüts- und Nervenkranke, Alkoholiker, Psychopathen* liegt zumeist in den Händen von Fachärzten (Psychotherapeuten), die die Übernahme der Behandlung erstreben oder schon durchgeführt haben. Wenn es hier zu Differenzen noch nicht gekommen ist, so liegt das lediglich daran, daß ein Mangel an Praktikern auf diesem Sondergebiet vorhanden ist.

Das preußische *Krüppelfürsorgegesetz* ist auf denselben Grundsätzen aufgebaut. Dem Orthopäden, dem Landeskrüppelarzt, ist die ärztliche Untersuchung und Begutachtung übertragen, der Fürsorgearzt übt die fürsorgerische Überwachung der vorgeschlagenen ärztlichen Maßnahmen aus.

In der *Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge* besteht an sich dieselbe Differenzierung von Fürsorge und ärztlicher Beratung und Behandlung. Der Wöchnerinnen- und Säuglings*schutz*, die *Bekämpfung* der Säuglingssterblichkeit, *Überwachung* der Beratungsstellen, Heime usw. gehört ohne

weiteres zu den Aufgaben des Fürsorgearztes. Die ausübende Tätigkeit in Beratungsstellen und Kinderheimen gehört nur bedingt hierher, sie erfordert fachärztliche Kenntnisse und kann ebensogut von Fachärzten vorgenommen werden. Da sich hier Behandlung und Beratung nur schwer voneinander trennen läßt und die praktischen Ärzte auch den gesunden Säugling für sich in Anspruch nehmen, kommen hier wohl die meisten Zusammenstöße vor. An diesem Widerstreit kranken meines Erachtens vielfach die Erfolge der Säuglingsberatungsstellen. Jedenfalls ist es nötig, daß hier den begründeten Klagen der Ärzte soviel wie möglich Rechnung getragen wird.

Bei der Tuberkulosebekämpfung ist man meines Erachtens am meisten ohne stichhaltigen Grund von dem Prinzip der reinen Fürsorge abgewichen. Eine Fürsorgestelle, welche nicht mit allen technischen Hilfsmitteln zum Erkennen der Krankheit ausgerüstet ist, an deren Spitze nicht ein Facharzt steht, der imstande ist frühzeitig Diagnosen zu stellen und die entsprechende Therapie einzuleiten, wird heutzutage nicht mehr für voll angesehen. Hierzu kommt die Untersuchung der Familienangehörigen. Daß bei der großen Zahl der tuberkulös Erkrankten die Fürsorgestelle gar nicht in der Lage ist auch nur entfernt alle in ihre ärztliche Obhut zu nehmen, wird nicht bedacht. Sie kann also nur eine der Stellen sein, in welcher zweifelhafte Diagnosen sichergestellt werden können. Und dabei sind die Tuberkulösen das tägliche Brot des praktischen Arztes. Gewiß kann die Diagnose einer beginnenden Tuberkulose schwierig sein, aber der praktische Arzt kann sich ebensogut der Fachärzte, der Röntgeninstitute, der Krankenhäuser und Kliniken bedienen. Das braucht die Fürsorgestelle nicht zu sein, sonst kommt es neben der Schädigung und dem nicht unberechtigten Mißtrauen der Ärzte dazu, daß der Fürsorgearzt, denn das soll er doch bei der Tuberkulosefürsorge sein, seine ganze Arbeitskraft auf die ärztliche Tätigkeit verwendet. Die Fürsorgeschwester wird zum ärztlichen Assistenten und zur eigentlichen Fürsorgearbeit fehlt die Zeit. Die fürsorgerischen Maßnahmen (Wohnungs-, Familienfürsorge usw.) aber, die gerade bei der Tuberkulosebekämpfung von der allergrößten Wichtigkeit sind und eine Fülle von Arbeit und Erfahrung erheischen, kommen zu kurz.

Diese angeführten Beispiele mögen genügen. Sie sollen zeigen, daß das Spezialgebiet des Fürsorgearztes die soziale Hygiene ist, daß der Fürsorgearzt nicht imstande ist, außerdem sich auf

allen möglichen Gebieten als ärztlicher Fachmann zu betätigen, und daß er nur unter besonderen Umständen noch ein Spezialgebiet übernehmen kann.

Diese Beschränkung auf die reine Fürsorgetätigkeit ist aber auch schon deshalb geboten, weil die Zahl der hauptamtlich angestellten Fürsorgeärzte viel zu gering ist, um allen Anforderungen genügen zu können. In absehbarer Zeit ist bei der erklärlichen finanziellen Notlage der Gemeinden auch mit einer wesentlichen Vermehrung hauptamtlicher Stellen nicht zu rechnen. Wir bedürfen also der Mitarbeiter, die aus der Zahl der Praxis ausübenden Ärzte gewonnen werden müssen. Die große Streitfrage, ob dem hauptamtlichen oder nebenamtlichen System der Vorzug zu geben ist — abgesehen von der hauptamtlichen Spitze, die selbstverständlich vorhanden sein muß —, ist noch nicht geklärt. Ich glaube, daß man neuerdings mehr dem hauptamtlichen System zuneigt und nur aus finanziellen Gründen noch von der Einführung absieht. So bedauerlich dieses an sich ist, weil dadurch manche Ärzte, die gern mitarbeiten möchten, ausgeschlossen werden, kann ich mich in mancher Hinsicht den berechtigten Gründen nicht verschließen. Sicherlich hat es seine Vorzüge, nur vollbeschäftigte Ärzte mit der Arbeit zu betrauen. Je kleiner die Zahl, um so fester die Organisation und die Einheitlichkeit der Durchführung. Bei richtiger Auswahl der nebenamtlichen Mitarbeiter aber und straffer Organisation unter hauptamtlicher Leitung braucht jedenfalls das System der nebenamtlichen Ärzte nicht sehr hinter dem anderen zurückzustehen. Der junge Kollege, der sich wohl versehen mit theoretischen und praktischen Kenntnissen oft nach langer Assistenztätigkeit niedergelassen hat, muß auf ausreichende Verwertung seiner Kenntnisse in der Praxis warten. Er bemüht sich also um eine Nebenbeschäftigung. An Zeit gebricht es ihm nicht, wohl noch an Erfahrung auf sozialhygienischem Gebiet, die er sich aber unter sachkundiger Leitung aneignen kann. Später, wenn er erst fest im Sattel seiner Praxis sitzt und außerstande ist, die ihm obliegenden Pflichten ordnungsgemäß zu versehen, dann soll man sich nicht scheuen, ihn wenn nötig zwangsweise von diesen Pflichten zu entbinden. Er wird aber, wenn er selbst praktisch mitgearbeitet hat, sich von der Notwendigkeit der Durchführung sozialhygienischer Maßnahmen überzeugt haben und ein warmer Befürworter und Förderer bleiben. Manchem aber ist seine Tätigkeit doch so lieb geworden, daß er sich trotz der verhältnismäßig geringen Bezahlung nicht trennen kann und seine

Arbeit beibehält. Das sind diejenigen, die wir als Mitarbeiter nicht missen möchten, die auf Grund ihrer langjährigen Erfahrungen einem jungen Assistenzarzt wohl vorzuziehen sind. Die nebenamtlichen Ärzte überbrücken auch am besten die leicht entstehende Kluft zwischen Fürsorgearzt und der übrigen Ärzteschaft. Wenn auch, wie gesagt, nur ein kleiner Teil der Ärzte zur tätigen Mitarbeit herangezogen werden kann, so ist doch unsere ganze Arbeit umsonst, wenn sich die Ärzte in bewußten Gegensatz dazu stellen, denn unsere Arbeit bedarf der wohlwollenden Förderung der gesamten Ärzteschaft. Das aber wird noch viel zu wenig berücksichtigt. Es wird so viel über Interesselosigkeit und Verständnislosigkeit der Ärzte in bezug auf sozialhygienische Fragen geklagt, ja, daß sie sich der Durchführung hindernd in den Weg stellen. Die Schuld liegt auf beiden Seiten. Gewiß ist die Beteiligung der Ärzte an sozialhygienischen Vorträgen und Kursen gering, sie ist aber zu entschuldigen mit Zeitmangel und der aufreibenden Berufstätigkeit. Wenn aber der Fürsorgearzt samt seinen Fürsorgerinnen sich die Mühe macht, an Hand von Einzelfällen sich mit dem praktischen Arzt zu bereden, wenn er ihm klar macht, daß er ihm nicht ins Handwerk pfuschen will, nicht als sein Konkurrent auftritt, sondern ihn davon überzeugt, daß er ihn in seiner Arbeit ergänzen will, das übernehmen will, worum der behandelnde Arzt sich nicht bekümmern kann, dann wird er ganz gewiß das richtige Verständnis finden und aus einem Saulus wird ein Paulus werden. Das erfordert viel Mühe, aber es lohnt sich. Wenn ich auf meine frühere lange klinische Assistententätigkeit zurückblicke, so muß ich gestehen, daß das Verständnis seitdem doch wesentlich zugenommen hat. Zu meiner Zeit bekümmerte sich der Krankenhausarzt nur um den Patienten und seine Krankheit; woher er kam, wie die häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse waren, wohin er entlassen wurde, war unbekannt. Das ist doch ganz anders geworden. Jetzt setzt sich die Fürsorgeschwester mit den Krankenhausärzten in Verbindung, sie erhält Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten, über Dauer der Krankheit, Heilungsaussichten, Ansteckungsfähigkeit usw. Sie klärt den Arzt ihrerseits auf über die häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, sie veranlaßt ihn, den Kranken nicht eher zu entlassen, bis nicht die häuslichen Verhältnisse saniert sind und dgl. mehr. Ebenso muß dauernd Fühlung mit den behandelnden Ärzten genommen werden. Der praktische Arzt, der in die ungeordneten Wohnungen hineinkommt, der sieht, daß alle seine Kunst nichts nützen kann, wenn nicht sonst

nachgeholfen wird, der einen Berufswechsel wohl anraten, zu seiner Durchführung aber nicht behilflich sein kann, ist froh, wenn er eine Stelle weiß, die ihm bei der Sanierung, zu der ihm Zeit und Möglichkeit fehlt, die dringend notwendige Arbeit abnimmt, und die ihm im übrigen nicht in seine Behandlung hineinredet, die im Gegenteil dafür sorgt, daß der Patient der notwendigen ärztlichen Behandlung sich nicht entzieht.

Wenn ich diese Arbeitsteilung befürworte, so geschieht es nicht aus reiner kollegialer Rücksichtnahme, sondern weil ich von der Notwendigkeit der Arbeitsteilung überzeugt bin. Denn wir dürfen uns im Notfalle nicht scheuen, uns in bewußten Gegensatz zu den praktischen Ärzten zu stellen, um die für Recht erkannten Fürsorgemaßnahmen durchzuführen, wenn wir trotz aller Aufklärung nicht das notwendige Verständnis finden sollten.

Wenn aber in diesem Sinne gehandelt wird, kann es auf die Dauer keine Gegensätze geben. Praktischer Arzt und Fürsorgearzt haben beide ihre Berechtigung, sie können ohne Reibung nebeneinander und miteinander arbeiten, sie müssen sich ergänzen. Den Nutzen hat die Allgemeinheit.

Salus aegroti suprema lex!

Verzeichnis der eingesandten Druckschriften.

A. Amtliche Quellenwerke.

International.

Office Permanent de l'Institut International de Statistique, 's-Gravenhage.

Annuaire International de Statistique. Renseignements sur l'organisation actuelle des statistiques de l'état civil dans divers pays Annexe aux tomes I—V (partie „Démographie"). La Haye 1921. Société Anonyme Ancienne Librairie W. P. van Stockum & fils. 32 S. Preis 2 franz. Francs.

Völkerbund.

Europäische Sanitäts-Konferenz in Warschau vom 20. bis 28. Mai 1922. Genf 1922. 44 S. und 4 Karten.

Dänemark.

Sundhedsstyrelsens Medicinalstatistiske Kontor, Kopenhagen.

Oversigt over dödsaarsagerne i Kongeriget Danmarks bybefolkning 1910—1919. — Aperçu des causes de décès dans la population urbaine du royaume de Danemark 1910—1919. Ved H. J. Hansen. Kopenhagen 1921. In Kommission bei H. Hagerup. 100 S. Text und 25 S. Tabellen.

Stadt Kopenhagen.

Aarsberetning angaaende sundhedstilstanden i Köbenhavn for 1921. Af J. P. Chrom, Stadslaege. Kopenhagen 1922. 77 S. Text und 11 S. Tabellen.

Deutsches Reich.

Statistisches Reichsamt, Berlin.

Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich. 42. Jahrg. 1921/22. Berlin W 35. Verlag für Politik und Wirtschaft. XLIV, 480 und 78 S. Internationale Übersichten, 24 S. Sachverzeichnis nebst 8 S. graphische Darstellungen.

Statistik des Deutschen Reichs, Band 276. Bewegung der Bevölkerung in den Jahren 1914 bis 1919. Berlin 1922. Verlag von Puttkammer & Mühlbrecht. LXVII S. Text, 400 und 365 S. Tabellen sowie eine Beilage über die Bearbeitung der Statistik der Bevölkerungsbewegung durch die Statistischen Ämter im Deutschen Reich. 51 S. Ladenpreis 300 M.

Baden.

Badisches Statistisches Landesamt, Karlsruhe.

Statistische Mitteilungen über das Land Baden. Band XI, Jahrg. 1922. Nr. 3 und 4. Je 16 Seiten.

Aus dem Inhalt: Zur Statistik der staatlichen Irrenanstalten in Baden in den Jahren 1914/21. Die Bevölkerungsbewegung in Baden im Jahre 1921. — Statistik der Selbstmorde in Baden. Der Einfluß des Krieges auf die Gesundheit der Frau in Baden. Krankenanstalten in Baden im Jahre 1920. Ärzte in Baden.

Bayern.

Staatsministerium des Innern, München.

Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen. 41. Band, die Jahre 1914—1919 umfassend. Erster Teil: Statistische Übersichten. Bearbeitet im Statistischen Landesamt. München 1922. Fr. Bassermann'sche Verlagsbuchhandlung. 238 S.

Stadt Hannover.

Statistisches Amt der Stadt Hannover.

Statistischer Vierteljahresbericht der Stadt Hannover. 27. Jahrg. Alle vier Vierteljahre des Jahres 1921 umfassend. 16 S.

Stadt Magdeburg.

Statistisches Amt der Stadt Magdeburg.

Die Stadt Magdeburg nach dem Kriege. Magdeburg 1922. 87 S.

Stadt Leipzig.

Statistisches Amt der Stadt Leipzig.

Mitteilungen des Statistischen Amtes der Stadt Leipzig. Neue Folge Heft 5. Die Messungen und Wägungen der Leipziger Volksschulkinder vom Jahre 1921, gleichzeitig ein Beitrag zur Methodenfrage anthropometrischer Untersuchungen. Von Studienassessor Ludwig. Leipzig 1922. Roßberg'sche Buchhandlung. 34 S. und 6 Diagramme.

England.

Ministry of Health, London.

Third Annual Report of the Ministry of Health 1921—1922. London 1922. His Majesty's Stationery Office. XVI und 166 S. Preis 6 s.

On the State of the Public Health. Annual Report of the Chief Medical Officer for the Year 1921. London 1922. His Majesty's Stationery Office. 115 S. Preis 1 s 6 d.

Registrar-General for England & Wales, London.

Eighty-third Annual Report of the Registrar-General for England & Wales (1920). London 1922. His Majesty's Stationery Office. 110 S. Text und 531 S. Tabellen. Preis 1 £.

Frankreich.

Statistique générale de la France, Paris.

Bulletin de la Statistique générale de la France et du Service d'observation des Prix. Tome XI. 1921/22. Paris. Librairie Félix Alcan. Jahresabonnément für das Ausland fr. 35,—.

Aus dem Inhalt: Les migrations internationales de 1901 à 1920, par H. Bunle et F. Leurence. P. 71—108. — Mortalité infantile par département. P. 149. — Haute-Silésie. Partage du territoire soumis au plébiscite. P. 163 bis 164. — Résultats statistiques du recensement de 1921. Département de la Seine. P. 271—274. — Allemagne. Décès de 1913 à 1920. P. 283. — France. L'oeuvre de la Commission Rockefeller pour la lutte contre la tuberculose. P. 283—286. — Les étrangers dans l'agglomération parisienne, d'après le recensement de 1921, par M. Galmiche. P. 297—317. — Allemagne. Tués et disparus de la guerre. P. 375.

Japan.

Département Imperial de Recensement, Tokio.

Résumé statistique de mouvement de la population de l'Empire du Japon pendant l'an VIII de Taïsho — 1919. Tokio 1922. 159 S.

Résumée statistique de l'Empire du Japon. 36e Année. Tokio 1922. IX, 181 S. nebst 2 S. graphische Darstellungen.

Niederlande.

Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage.

Jaarcijffers voor het Koninkrijk der Nederlanden. — Rijk in Europa. 1920. 's-Gravenhage 1921. Gebr. Belinfante. LII u. 324 S. Preis f. 1,—. — Koloniën. 1920. 's-Gravenhage 1922. XXVIII und 176 S. Preis f. 1,—.

Russische Sozialistische Foederative Sowjet Republik.

Zentral-statistische Verwaltung, Moskau.

Государственная Статистика. (Verordnung über die Reichs-Statistik vom 25. Juli 1918, über die Organisation der örtlichen statistischen Einrichtungen vom 3. Sept. 1918 und über den Statistischen Beirat bei der Zentral-statistischen Verwaltung vom 6. Sept. 1918.) Moskau 1918. 25 S.

Постановления 1-й Статистической Конференции при Ц. С. У. (Beschlüsse der I. Statistischen Konferenz bei der Zentralstatistischen Verwaltung vom 19. bis 24. Oktober 1918). Moskau 1918. 18 S.

Travaux de l'Administration Centrale de la Statistique. Tome I. Résultats provisoires du Recensement de la population le 28 août 1920. Livraison 1: Population présente de 25 gouvernements de la Russie d'Europe. Moscou 1920. 24 S. — Livraison 2: Population présente de 25 gouvernements de la Russie d'Europe et d'Asie. Moscou 1921. 23 S. — Livraison 3: Population présente de 58 gouvernements d'Europe et d'Asie. Moscou 1921. 19 S. — Livraison 4: Population présente de 12 gouvernements de la Russie Centrale d'après cantons. Moscou 1921. 20 S.

Tome II. Résultats du Recensement agricole de toute la Russie de 1920. Livraison 1. 106 S. Livraison 2. 138 S. Moscou 1921. Livraison 3. 138 S. Moscou 1922.

Tome III. Livraison 1. Recensement général des établissements industriels 1920. Résultats provisoires. Nombre des établissements industriels et des personnes occupées par gouvernements et districts. Moscou 1921. VII und 48 S.

Tome V. Livraison 1. Résultats par gouvernements du Recensement agricole et foncier pour toute la Russie de 1917 pour 52 gouvernements et régions. Moscou 1921. 87 S.

Tome VII. Livraison 1. Recueil Statistique pour la période de 1913—1917. Livraison première. Moscou 1921. VI und 275 S.

Tome VIII. Livraison 1. Annuaire statistique 1918—1920. Livraison première. Moscou 1911. XXII, 357, 142 und 172 S.

Tome X. Livraison 1. Matériaux de la Statistique des industries pour les années 1919 et 1920. Moscou 1922. 85 S.

Вестник Статистики. (Statistische Nachrichten.) Organ der Zentralstatistischen Verwaltung. Jahrgang 1920 und 1921. Jährlich 12 Nummern in 3 Heften.

Бюллетинь Ц. С. У. (Bulletin der Zentral-statistischen Verwaltung.) Unregelmäßig seit 1919 erscheinend mit fortlaufender Nummerierung in verschieden großem Umfang.

Программа разработки годового цикла сведений по текущей сельско-хозяйственной статистике. (Programm der Aufbereitung des jährlichen Zyklus der Angaben über die laufende landwirtschaftliche Statistik.) Moskau 1921. VIII und 46 S.

Государственная статистика России послереволюционного периода. (Die russische Reichsstatistik nach der Revolution.) Unter Redaktion des Vorsitzenden der Zentral-statist. Verwaltung P. I. Popoff zusammengestellt von W. J. Massalsky Moskau 1921. 22 S.

Abteilung für Statistik der Volksbildung.

Классификация и словарь учебных заведений. (Klassifikation und Lexikon der Schulanstalten.) Ein Hilfsbuch für die Aufbereitung der Materialien der Volkszählung 1920.) Moskau 1921. 15 S.

Abteilung für landwirtschaftliche Zählungen.

Résultats du Recensement agricole, foncier et urbain de toute la Russie de 1917. Gouvernement de Kaluga. Moscou 1919. 181 S.

Погубернские итоги 10 % выборочной сельскохозяйственной переписи крестьянских хозяйств 1919 года. (Ergebnisse der zu 10 Prozent ausgewählten landwirtschaftlichen Zählung von bäuerlichen Wirtschaften nach Gouvernements vom Jahre 1919.) Moskau 1920. 13 S.

Abteilung für gewerblich-industrielle Statistik.

Словарь производств. (Lexikon der Betriebe. Ein Hilfsbuch für die Aufbereitung der Angaben der Betriebszählung 1920.) Moskau 1921. 111 S.

Всероссийская промышленная и профессиональная перепись 1918 года. (Allrussische Gewerbe- und Berufszählung 1918. Vorläufige Ergebnisse.) Moskau 1920. XXXII und 37 S.

Abteilung für Arbeitsstatistik.

Словарь занятий. (Lexikon der Berufe. Ein Hilfsbuch für die Aufbereitung der Angaben der Volks- und Berufszählung 1920.) Moskau 1921. 72 S.

Классификация занатий, произвоств и отраслей труда. (Klassifikation der Berufe, Betriebe und Arbeitsbranchen.) Moskau 1921. 20 S.

Abteilung für Konsum- und Verteilungsstatistik.

Материалы и инструкции по обследованию питания в 1919 году. (Materialien und Instruktionen zur Untersuchung der Ernährung im Jahre 1919.) Moskau 1919. 35 S.

Обследования питания населения и их значение. (Untersuchung der Ernährung der Bevölkerung und ihre Bedeutung.) Moskau 1921. 14 S.

Abteilung für wissenschaftliche und Unterrichts-Einrichtungen.

Программы статистических курсов районных и губернских. (Programme der statistischen Kurse für Rayons- und Gouvernementsstatistiker.) Moskau 1920. 39 S.

Kablukow, N. A., Статистика. (Statistik. Theorie und Methoden der Statistik. Besondere Momente in ihrer historischen Entwicklung. Kurzer Abriß der Bevölkerungsstatistik.) Moskau 1922. XII und 319 S.

Kablukow, N. A., Пособие при местных статистических обследованиях. (Hilfsbuch bei örtlichen statistischen Untersuchungen.) Moskau 1920. VIII und 150 S.

Serie von statistischen Leitfaden und Hilfsbüchern.

1. Abteilung: Leitfaden für Wolost-(Kreis-)Statistiker.

Kablukow, N. A., Задачи и способы собирания статистических сведений. (Aufgaben und Verfahren der Sammlung statistischer Angaben.) Moskau 1920. 102 S.

Wichljaeff, P. A., Краткий курс текущей сельско-хозяйственной статистики. (Kurzer Kursus der laufenden landwirtschaftlichen Statistik.) Moskau 1920. 120 S.

2. Abteilung: Kurse der elementaren Statistik.

Fortunatow, A. F., О статистике. (Über Statistik. Eine Unterrichts-Hilfe.) Moskau 1921. 70 S.

Petrograder Gouvernements-Statistische Abteilung.

Статистический сборник по Петрограду и Петрогадской губернии. 1922 г. (Statistische Sammlung über Petrograd und das Petrograder Gouvernement. Jahr 1922.) Petrograd 1922. XII und 344 S.

Volkskommissariat für Gesundheitspflege, Moskau.

Известия. (Nachrichten des Volkskommissariat für Gesundheitspflege.) 5. Jahrg. 1922. No. 1—2.

Отчет 9-му Всероссийскому С'езду Совстов о деятельности Наркомздрава за 1921 год. (Bericht an die 9. Allrussische Versammlung der Räte über die Tätigkeit des Volkskommissariats für Gesundheitspflege während des Jahres 1921.) Moskan 1921. 138 S. mit 8 Diagrammen und Kartogrammen.

Сборник законов и распоряжений правительства Российской республики по врачебно-санигарному делу. (Sammlung von Gesetzen und Verordnungen der Regierung der Russischen Republik auf dem Gebiete des Medizinalwesens vom 7. Nov. 1917 bis 1. Sept. 1919.) Zusammengestellt von Dr. N. G. Freiberg. Moskau 1922. XVIII und 653 S.

Semaschko, N. A., Наука о здоровье общества. (Die Wissenschaft von der Gesundheit der Gesellschaft. Soziale Hygiene.) Moskau 1922. 54 S.

Volkskommissariat der Arbeit, Moskau.

Профессиональная смертность по последним данным. (Berufliche Sterblichkeit nach den jüngsten Daten.) Von S. Kaplun. S.-A. aus: Fragen der Arbeit No. 2. Moskau 1922. 57 S.

Женский труд и охрана его. (Frauenarbeit und ihr Schutz.) Von S. Kaplun. Moskau 1921. 228 S.

Положение труда в г. Москве в 1921 г. (Lage der Arbeit in der Stadt Moskau im Jahre 1921.) Bearbeitet von F. D. Markuson nach Materialien des Moskauer Bureaus für Statistik der Arbeit. S.-A. aus: Fragen der Arbeit. Heft 2 S. 136 bis 184. Moskau 1922.

Moskauer Gouvernements-Abteilung der Arbeit.

Атлас Диаграмм по заболеваемости рабочих и охране труда. Выпуск I. (Diagramm-Atlas über die Morbidität der Arbeiter und über den Schutz der Arbeit. I. Band. Berufliche Morbidität, Mortalität und Unfälle.) Bearbeitet von F. A. Markuson. Moskau 1921. 12 farbige Tafeln in der Größe 35×57 cm.

Бюллетени статистики труда Моск. губ. (Bulletin der Statistik der Arbeit des Moskauer Gouvernements.) Zwanglos seit 1919 erscheinend.

Moskauer Gouvernements-Sowjet der Gewerkschaften, Moskau.

Материалы о производительности труда в фабрично-заводскмх предприятиях Моск. губ. в 1921 году. (Materialien über die Arbeits-Leistungsfähigkeit in Fabrikbetrieben des Moskauer Gouvernements im Jahre 1921.) Bearbeitet von F. D. Markuson. Moskau 1922. 16 S.

Schweden.

Kungl. Statistiska Centralbyrån, Stockholm.

Statistisk Årsbok för Sverige. Nionde årgången 1922. — Annuaire

statistique de la Suède. 9e Année 1922. Stockholm 1922. P. A. Norstedt & söner. XI und 332 S.

Sveriges officiella statistik. Folkmängden och dess förändringar.

Folkmängden inom administrativa områden den 31 december 1921. (Die Bevölkerungszahl in den Verwaltungsbezirken am 31. Dez. 1921. Stockholm 1922. 40 S.

Befolkningsrörelsen år 1917. (Die Bewegung der Bevölkerung im Jahre 1917.) Stockholm 1922. VI, 70 S. Text und 70 S. Tabellen.

Dödsorsaker år 1917. (Todesursachen im Jahre 1917.) Stockholm 1922. VI und 78 S.

Ut- och invandring år 1921. (Aus- und Einwanderung 1921.) Stockholm 1922. IV und 38 S.

Stadt Stockholm.

Stockholms stads statistiska kontor.

Statistisk Årsbok för Stockholms stad 1921. — Annuaire statistique de la ville de Stockholm 1921. Année LII. Nouvelle série 16. Stockholm 1921. XVI und 195 S.

Berättelse från Stockholms stads hälsovårdsnämnd jämte översickt av stadens sanitära statistik år 1920. (Bericht des städtischen Gesundheitsamts nebst Übersicht über die sanitäre Statistik für 1920.) Årg. XLIII. Ny följd 16. Stockholm 1921. 53 S. Text und 63 S. Tabellen.

Schweiz.

Eidgenössisches Statistisches Bureau, Bern.

Statistisches Jahrbuch der Schweiz. 30. Jahrg. 1921. Bern 1922. Kommissionsverlag A. Francke A.-G. VIII und 401 S. Preis 4,— Fr.

Schweizerische Statistische Mitteilungen. IV. Jahrg. 1922. Bern 1922. Kommissionsverlag A. Francke.

Heft 1. Haushaltungsrechnungen schweizerischer Familien aus dem Jahre 1919. 44 S. Text und 183 S. Tabellen. Preis 8,— Fr.

Heft 2. Die Erwerbs- und Vermögenssteuern in den größeren Gemeinden der Schweiz im Jahre 1921. 35 S. Preis 3,— Fr.

Heft 3. Die Bewegung der Bevölkerung in der Schweiz im Jahre 1920. 47 S. Preis 2,50 Fr.

Heft 4. Die schweizerischen Aktiengesellschaften im Zeitraum 1902—1920 und im Jahre 1921. 52 S. Preis 3,— Fr.

Stadt Zürich.

Statistisches Amt der Stadt Zürich.

Statistik der Stadt Zürich. Kommissionsverlag Rascher & Cie.
Heft 27. Der kommunale und subventionierte Wohnungsbau in der Stadt Zürich bis zum Jahre 1920. Zürich 1921. 25 S. Preis 1,— Fr.
Heft 28. Züricher Haushaltsrechnungen aus dem Jahre 1919. Zürich 1921. 56 S. Preis 2,— Fr.
Heft 29. Areal und Liegenschaften in der Stadt Zürich im Jahre 1916. Zürich 1922. 88 S. nebst einem Bauzonenplan. Preis 2,— Fr.

B. Demographische Literatur.

Sammelwerke.

Mayr, Georg von (München), Statistik und Gesellschaftslehre. II. Band: Bevölkerungsstatistik. Zweite Auflage. 1. Lieferung. Tübingen 1922. Verlag von J. C. B. Mohr. 231 S.

Bewegung der Bevölkerung.

Müller, Johannes (Weimar), Der Streit um die Ursachen des Geburtenrückganges. S.-A. aus: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Band 119, 1922, Heft 5. Jena, G. Fischer. 29 S.

Mortalität.

Bogusat (Berlin), Die Influenza-Epidemie 1918/19 im Deutschen Reiche. S.-A. aus: Arbeiten des Reichsgesundheitsamts. 53. Band, 2. Heft, 1922. 24 S.

Saltet, R. H. (Amsterdam), Over de sterfte aan eenige besmettelijke ziekten von 1901 tot 1913 in en aantal landen en over eenige gegevens van de statistiek tijdens den oorlog en daarna. (Über die Sterblichkeit an einigen Infektionskrankheiten 1901—1913 in einer Anzahl Länder und über einige statistische Angaben während des Krieges und später.) S.-A. aus: Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Jaargang 1922, Tweede Helft, No. 3. 24 S.

Morbidität.

Loewenstein, G. (Berlin), Kritische Betrachtungen und Beiträge zur Statistik der Geschlechtskrankheiten. S.-A. aus: Zeitschrift zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Band 20, 1922, Heft 8—12. S. 138—187.

Markuson, F., Очерки статистики болѣзненности. (Umriß der Morbiditäts-Statistik nach den Daten der Krankenkassen.) Moskau 1917. 150 S.

Krankheits-Verzeichnisse.

Commission Internationale chargée de la révision décennale des Nomenclatures internationales des maladies devant servir à l'établissement des statistiques nosologiques. Troisième Session 1920. Procès-verbaux. Publié avec le concours de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge par le Ministère des Affaires étrangers, Paris. Paris 1921. 120 S.

Physicians' Pocket Reference to the International List of Causes of Death. Herausgegeben von dem Bureau of Census, Washington. Fifth edition. Washington 1920. 28 S.

Krankheitsschema und Alphabetisches Krankheitsverzeichnis zu der Krankheitsstatistik der rheinischen Krankenkassenverbände. Formular-Verlag C. W. Haarfeld, Essen. 47 S.

C. Sozialhygienische Literatur.

Säuglingsfürsorge.

Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und des Organisationsamtes für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Vom 1. April 1921 bis 31. März 1922. Verlag: Kaiserin Auguste Viktoria Haus, Charlottenburg 5.

Jugendfürsorge.

Rott (Berlin), Aufbau des Jugendamtes. S.-A. aus: Deutsche med. Wochenschrift 1922, Nr. 27. 4 S.

Berufshygiene.

Bibliographie d'hygiène industrielle. Extrait de la Revue Internationale du Travail, Vol. V et VI. Herausgegeben vom Internationalen Arbeitsamt. Genf 1922. 4 Nr.

Münchener sozialhygienische Arbeiten. Herausgegeben von M. v. Gruber und J. Kaup. München 1922. J. F. Lehmanns Verlag.

Heft I. Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter (Konstitutions-Dienstpflicht). Von Prof. **J. Kaup.** 145 S.

Heft II. Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter. Maschinenbauer, Schlosser, Schmiede. Von Dr. **Epstein.** —

Jugendliche Kaufleute. Von Dr. **Alexander.** 66. S. Grundpreis M. 1,75.

Hanauer, W. (Frankfurt a. M.), Die Untersuchungs- und Überwachungsärzte der Gewerbeordnung. S.-A. aus: Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen. Jahrg. 1922. S. 329—335.

Soziale Versicherung.

Schulz und **Eckert** (Berlin), Grundzüge der deutschen Sozialversicherung. (24. Sonderheft zum Reichs-Arbeitsblatte.) Berlin 1922. Verlag von Reimar Hobbing. 287 S.

Verwaltungsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse München (Stadt) für das Jahr 1921. München 1922. 67 S.

Geschäfts- und Kassenbericht der Betriebskrankenkasse der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft und Tochtergesellschaft in Berlin für das Jahr 1921. 16 S.

Hanauer, W. (Frankfurt a. M.), Der Arzneihunger der Kassenmitglieder. S.-A. aus: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 19. Jahrg. 1922, Nr. 9. 13 S.

Soziale Fürsorge.

Dresel, E. G. (Heidelberg), Soziale Fürsorge. (Sozialhygienischer Teil.) Zweite Auflage. Berlin 1922. Verlag von S. Karger. 238 S.

Biesalski, K. (Berlin), Leitfaden der Krüppelfürsorge. Zweite Auflage. Leipzig 1922. Verlag von Leopold Voß. 112 S.

Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Haustein, H. (Berlin), Zur Tuberkulosefrage in Skandinavien. I. Teil Norwegen. S.-A. aus: Zeitschrift für Tuberkulose. Band 36, Heft 6. Leipzig, J. A. Barth. S. 403—425.

Thomas, E. (Köln), Zur Frage der erworbenen und vererbten Tuberkulose-Immunität. S.-A. aus: Deutsche med. Wochenschrift, Jahrg. 1922, Nr. 27. 3 S.

Möllers, B. (Berlin), Die Grippe mit besonderer Berücksichtigung der großen Weltepidemie 1918. S.-A. aus: Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Berlin und Wien [1922]. Verlag von Urban & Schwarzenberg. 88 S.

Cohn, Michael (Berlin), Zur Geschichte der Rachitis als Volkskrankheit. S.-A. aus: Archiv für Kinderheilkunde. 71. Band, 1922. S. 123—148.

Bolduan, Ch. (Washington), All-America Conference on Venereal Diseases. Report on the Proceedings and the Resolutions of the General Conference Committee. Reprint No. 685 from the Public Health Reports. July 15, 1921. Washington 1921. 59 S.

Haustein, H. (Berlin), Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen mit besonderer Berücksichtigung Kristianias. S.-A. aus: Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Band 20, 1922, Heft 8—12. Leipzig J. A. Barth. S. 213—227.

Vossen, K. (Düsseldorf), Wie bewahren wir die Familie vor den Geschlechtskrankheiten? S.-A. aus: Das kommende Geschlecht. 2. Band, 2. Heft. Berlin 1922. Ferd. Dümmler. S. 65—86.

Dreuw (Berlin), Theoretisches und Praktisches zur Syphilistherapie. — Salvarsanlose Behandlung der Syphilis. — Die Gegner der Quecksilberbehandlung. S.-A. aus: Fortschritte der Medizin. 40. Jahrg. 1922, Nr. 8, 9, 11. 20, 19 und 8 S.

Dreuw (Berlin), Gesetzliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. S.-A. aus: Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1922, Nr. 10.

Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten durch Selbstschutz. Protokoll einer Sachverständigenkonferenz der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berlin 1922. Walter Riebigs Verlag. 149 S.

Greimer (Dresden), Handbuch des praktischen Desinfektors. II. Auflage. Dresden und Leipzig 1922. Verlag von Th. Steinkopff. XIX und 197 S.

Sobernheim, G. (Bern), Leitfaden für Desinfektoren. IV. Auflage bearbeitet von Prof. Dr. E. Seligmann, Berlin. Halle a. S. 1922. C. Marhold Verlagsbuchhandlung. 68 S.

Ernährungshygiene.

Bogusat (Berlin), Die Gesundheitsverhältnisse der jüngeren und ältesten Jahrgänge des deutschen Volkes bei der gegenwärtigen Ernährungslage. S.-A. aus: Münchener med. Wochenschrift 1922, Nr. 10. S. 361 u. 362.

Heiberg, P. (Kopenhagen), Die Zusammensetzung der Kost bei den einzelnen Gesellschaftsschichten Dänemarks. S.-A. aus: Skandinavisches Archiv für Physiologie. Band 42, 1922. S. 183—190.

Rassenhygiene.

Vaerting, M., Physiologische Ursachen geistiger Höchstleistungen bei Mann und Weib. Abhandlungen aus dem Gebiete der Sexualforschung. Band IV, Heft 1. Bonn 1922. A. Marcus & E. Webers Verlag. 23 S.

Hirsch, Max (Berlin), Die Gattenwahl. Ein ärztlicher Ratgeber bei der Eheschließung. Leipzig 1922. Verlag von Carl Kabitzsch. 42 S.

Bluhm, Agnes (Berlin), Alkohol und Nachkommenschaft. S.-A. aus: Zeitschrift für induktive Abstammungs- und Vererbungslehre. Band 28, 1922. S. 75—88.

Kehrer, E. (Dresden), Ursachen und Behandlung der Unfruchtbarkeit nach modernen Gesichtspunkten. Dresden und Leipzig 1922. Verlag von Th. Steinkopff. VI und 113 S.

Populäre Hygiene.

Ringling, A. (Baden-Baden), Die Urquellen gesunden Nerven- und Seelenlebens, des Willens und Glücks. Magdeburg 1922. Verlag R. Zacharias. 147 S.

Lehmann, R. (Düsseldorf), Leittaden zur Einführung in das Gesundheits-Turnen in Kinderheilstätten, Waldesheimen, Hospizen, Krankenanstalten, Familie und Haus. Mit 53 Abbildungen. Düsseldorf (ohne Jahreszahl). C. Schwann. 54 S.

D. Neue Zeitschriften.

Blätter für Gesundheitsfürsorge. Herausgegeben von der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit. I. Jahrg. 1922. 1. Heft. (Alle zwei Monate erscheint ein Heft.) München. J. F. Lehmanns Verlag.

Das kommende Geschlecht. Zeitschrift für Familienpflege und geschlechtliche Volkserziehung auf biologischer und ethischer Grundlage. Herausgegeben von M. Faßbender, O. Krohne, F. Kruse, H. Muckermann S. J., R. Seeberg. I. Band 1921. Berlin. F. Dümmlers Verlag. (4 Hefte bilden einen Band.)

Le occulte forze. Rivista di propaganda igienica. Anno I 1922. Herausgegeben von Prof. Dr. Ferruccio Valerio und Dr. Ettore Cozzolino. Neapel, Bellavista. Jährlich 12 Hefte. Preis L 20,—.

Общественный Врач. (Sozialer Arzt.) Journal der Gesellschaft Russischer Ärzte zum Gedächtnis N. I. Pirogoff's. Neue Ausgabe. No. 1. Mai 1922. Moskau. L. D. Frenkel.

Diese hier wiederholt angezeigte Zeitschrift mußte im Jahre 1919 von der Not gedrungen ihr Erscheinen einstellen und ist nunmehr zu neuem Leben wieder erwacht. In dieser erfreulichen Tatsache darf ein bedeutsames Zeichen für das Wiederaufleben der russischen Wissenschaft, insbesondere der dort mit großem Interesse gepflegten sozialen Hygiene erblickt werden. Die Redaktion der neuen Ausgabe liegt in den Händen der auch in Deutschland bekannten Sanitätsärzten Dr. L. A. Tarassewitsch und Dr. P. I. Kurkin in Moskau.

Inhalt:

Lewitzky, W. A., Der gegenwärtige Stand der Kenntnis über die Vitamine und die Kalorien-Theorie der Ernährung.

Barykin, W. A. und *Kritsch, H. I.*, Der Erreger des Fleckfiebers — ein Mikrob.

Tarassewitsch, L. A., Über neue Wege auf dem Gebiete der Immunität und der vorbeugenden Impfungen.

Kurkin, P. I., Über die Nomenklatur der Krankheiten (aus Anlaß der Einführung der Internationalen Nomenklatur in Rußland).

Tarassewitsch, L. A., Die Epidemien der letzten Jahre in Rußland.

Dobreizer, I. A., Sanitäre Aufsicht auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes.

Iwanowsky, P. M., Über den hygienischen Unterricht in Verbindung mit der Neuaufstellung des Lehr- und Erziehungsplanes in den Schulen.

Гигиена и Эпидемиология. (Hygiene und Epidemiologie.) Redigiert von Prof. E. I. Marzinow und Dr. A. N. Sysin. 1. Jahrg. 1. Heft. August 1922. Moskau. Herausgegeben von der Sanitär-epidemiologischen Abteilung des Volkskommissariats für Gesundheitswesen. Monatlich erscheinend.

Auch diese russische hygienische Zeitschrift hat sich zur Aufgabe gemacht, die Fragen der Hygiene in Anbetracht ihrer großen sozialen Bedeutung in gegenwärtiger Zeit nicht allein mit technischen und experimentellen sondern vielmehr mit sozialen Methoden zu lösen. Sie enthält Originalabhandlungen aus dem Gebiete der experimentellen und sozialen Hygiene, der Epidemiologie, der Hygiene der Wohnorte und Wohnungen, der Sanitätsstatistik, der Ernährungs- und Berufshygiene, außerdem Berichte über die Tätigkeit der Medizinalverwaltung in Rußland und im Ausland, über Kongresse und Beratungen, ferner Referate, Bibliographien und kurze Mitteilungen.

Экономическое Строительство. (Ökonomischer Aufbau.) Monatlich erscheinendes Journal. Nr. 1. Moskau 1922.

Экономическое Обозрение. (Ökonomische Übersichten.) Herausgegeben von der Redaktion der Zeitschrift „Экономическая жизнь“ (Ökonomisches Leben). Heft 1. Moskau 1923.

In dieser Zeitschrift sollen an Stelle der bisherigen „Monatlichen Übersichten über die Volkswirtschaft“ die nicht periodisch erscheinenden Aufsätze über die wichtigsten laufenden Probleme der Volkswirtschaft periodisch gesammelt werden.

Mitteilungen.

Die Bevölkerungs- und Medizinalstatistik im Lehrplan der amerikanischen Universitäten. Wer das Mißgeschick hat, sich von der Hilfslosigkeit der beamteten Ärzte in ihrer statistischen Berichterstattung beständig überzeugen zu müssen, wird es begrüßen, daß nunmehr auch an den Universitäten der Vereinigten Staaten von Nordamerika nach dem Vorbild Englands besondere Kurse für Studierende der Medizin über Bevölkerungs- und Medizinalstatistik auf Veranlassung des Komitees für Bevölkerungsstatistik der Amerikanischen Statistischen Gesellschaft eingerichtet worden sind. Wie die Zeitschrift dieser Gesellschaft (Vol. XVIII, New series 140, December, 1922) meldet, sind bisher an nachstehenden Universitäten Kurse über Bevölkerungs- und Medizinalstatistik für Mediziner eingerichtet worden.

Universität Chicago. Bevölkerungsstatistik und Epidemiologie. Prof. E. O. Jordan.

Havard Universität. Schule für öffentliche Gesundheitspflege. Elementarer Kursus und Seminar für Bevölkerungsstatistik, graphische Darstellungen und theoretische Grundlagen der Wahrscheinlichkeits- und Korrelationsrechnung. Prof. E. B. Wilson.

John Hopkins Universität, Schule für Hygiene und öffentliche Gesundheitspflege, Baltimore. Verschiedene Kurse für Personen, welche sich mit der öffentlichen Gesundheitspflege beschäftigen, und für Studierende, welche sich auf dem Gebiete der Statistik als Lehrer, Forscher oder Verwaltungsbeamte auszubilden beabsichtigen, und zwar

a) Einführung in die Bevölkerungsstatistik: Methoden der Erhebung, Tabellierung, Systematisierung und Interpretation statistischer Angaben mit Berücksichtigung der Ergebnisse früherer Erhebungen;
b) Bevölkerungsstatistisches Seminar;
c) Höhere statistische Theorie: Methoden der statistischen Analyse, Ausgleichung, Graduierung der Angaben, Sterbetafeln, Korrelation;
d) Kolloquium über praktische Bevölkerungsstatistik: Übungen in der kritischen Anwendung der Bevölkerungsstatistik auf spezifische Probleme der Biologie, Medizin und Hygiene;
e) Statistische Messung der Wirksamkeit hygienischer Maßnahmen;
f) Biometrische und bevölkerungsstatistische Untersuchungen;
g) Spezielle Untersuchungen über Tuberkulose; Hospital-Probleme usw.

Diese Kurse werden von Prof. Raymond Pearl und sieben weiteren Lehrpersonen abgehalten.

Universität von Michigan. Bevölkerungsstatistik, Elementare statistische Methoden, Mathematische Theorie der Statistik. Prof. J. W. Glover u. a.

Universität von Ohio. Demographie, Sozial- und Medizinalstatistik. Anwendung statistischer Methoden bei sozialen Untersuchungen.

Universität von Pennsylvanien. Sozial- und Bevölkerungsstatistik, Statistische Grundlinien für die Sammlung, Aufbereitung und Interpretation zahlenmäßiger Tatsachen, Graphische Methoden, Statistische Kontrolle der Wirksamkeit hygienischer Maßnahmen. Prof. R. Riegel.

Yale Universität. Grundlinien der Bevölkerungsstatistik. Beschreibung und Analyse statistischer Ergebnisse, Sterbetafeln, Graphische Methoden, Ausgewählte statistische Probleme auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. Dr. L. I. Dublin.

Gewerbehygienische Bibliographie des Internationalen Arbeitsamts. Die Hygiene-Abteilung des Internationalen Arbeitsamtes wird demnächst neben den „Bibliographischen Notizen“, die vom Amt herausgegeben werden, die periodische Veröffentlichung einer Bibliographie organisieren, welche sich auf Veröffentlichungen über die gewerbliche Hygiene und Pathologie bezieht.

Wenn auch offenbar nicht sämtliche Zeitschriften der medizinischen und sozialen Presse beim Internationalen Arbeitsamt eingehen, ist die Hygiene-Abteilung doch in der Lage, die Bearbeitung der wichtigsten Zeitschriften auf diesem Gebiete durchzuführen.

Das Internationale Arbeitsamt richtet an alle Fachleute, welche sich mit den Fragen der gewerblichen und sozialen Medizin befassen, die dringende Bitte, der Hygiene-Abteilung (Internationales Arbeitsamt, Genf, Hygiene-Abteilung) vollständige bibliographische Angaben über ihre Arbeiten (Name des Verfassers, Titel des Werkes, Nummer und Datum der Zeitschrift, in welcher die Arbeit erschienen ist), die zur Veröffentlichung gelangen, direkt einzusenden und, wenn möglich, einen Sonderabzug der betreffenden Veröffentlichungen beizufügen. Das Internationale Arbeitsamt wird seinerseits nicht verfehlen, seinen Mitarbeitern seine Bibliographie der gewerblichen Hygiene regelmäßig zuzustellen.

Die eugenetische Bewegung in Belgien. In Brüssel, wo vom 7.—9. Okt. 1922 die Internationale eugenetische Kommission unter dem Vorsitz des dortigen Dermatologen Bayet tagte, wurde ein kleines eugenetisches Institut in dem Institut Solvay, Soziologische Abteilung, eröffnet. Hierzu hat das Institut Solvay eine jährliche Unterstützung von 10000 Francs gewährt. Das eugenetische Institut wird von Dr. Govaerts, einem Schüler des „Eugenic Record Office“, des bekannten unter Leitung von Charles Davenport stehenden Carnegie-Instituts in Coldspring Harbor (U. S. A.), geleitet.

Wissenschaftliche Bekämpfung der Tuberkulose in den Niederlanden. Die Niederländische Zentralvereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose hat eine wissenschaftliche Kommission ins Leben gerufen, welche die Aufgabe hat, eine wissenschaftliche Untersuchung der Tuberkulose und ihrer Bekämpfung anzustellen. Die erste Versammlung dieser Kommission fand am 18. Okt. 1922 in Utrecht statt, in welcher unter dem Vorsitz von Prof. Dr. W. Nolen der Arbeitsplan dieser Kommission besprochen wurde. (Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde, 1922, II. Helft No. 18 S. 1997.)

Jacques Bertillon †. Am 7. Juli 1922 ist in Paris der bekannte französische Bevölkerungs- und Medizinalstatistiker Dr. Jacques Bertillon einem Herzleiden erlegen. Sein wissenschaftliches Hauptverdienst liegt in der Schaffung einer einheitlichen Nomenklatur der Krankheiten, nach welcher jetzt die Todesursachen in der überwiegenden Mehrzahl der Kulturländer statistisch ausgezählt werden. Von seinen Publikationen sind am bedeutendsten: „Cours élémentaire des Statistiques“ (Paris 1895) und „La Dépopulation de la France“ (Paris 1911). Seiner Initiative ist auch das großzügige und inhaltsreiche Statistische Jahrbuch der Stadt Paris, welches er als Direktor des Statistischen Amtes dieser Stadt viele Jahre hindurch herausgab, zu verdanken. Leider ist von seinem statistischen Geiste bisher nur wenig auf die staatliche Medizinalstatistik Frankreichs übergegangen

---

Die Sterblichkeit in England nach dem Beruf 1910—1912.[1]

Von San.-Rat Dr. PRINZING.

In England werden im Anschluß an die Volkszählungen seit 1851 die Sterbfälle der anliegenden Jahre nach dem Beruf bearbeitet, 1880 wurden durch Ogle auch die Todesursachen, die in England sehr sorgfältig erhoben werden, hereingenommen. Während sich früher diese Statistik nur auf die Berufstätigen bezog, ist sie 1900—02 erstmals auch auf diejenigen, die ihren Beruf wegen Krankheit, Alters oder anderer Ursachen aufgegeben haben, ausgedehnt worden. Bei der Statistik für 1910—12 ist außerdem noch die Änderung eingeführt worden, daß das Alter von über 65 Jahren in zwei Altersabschnitte, 65—75 und 75 und mehr Jahre zerlegt wurde.

I. Die Aufbereitung der Statistik.

Die Sterbfälle der Jahre 1910—12 sind auf die Volkszählung vom 2. April 1911 bezogen, eine Umrechnung der Bevölkerung auf die Mitte des Jahres wurde nicht vorgenommen. Es war nicht immer möglich, die Berufsangaben bei der Volkszählung mit denen bei den Sterbfällen ganz in Einklang zu bringen. Dies zeigt sich besonders bei den Berufslosen und bei den mit dem allgemeinen Ausdruck „Arbeiter“ in den Sterbfallverzeichnissen aufgeführten Personen. Die außerordentlich hohe Sterblichkeit der „general labourers“ der früheren Erhebungen ist damit zu erklären, daß

[1]) Supplement to the 75. annual Report of the Registrar General for England and Wales. Part. IV. Mortality of men in certain occupations in the three years 1910, 1911 and 1912. London.

bei den Sterbfällen in dieser Gruppe besonders viele Fälle untergebracht sind; in der Statistik für 1910—12 wurden sie daher mit den Hilfsarbeitern, Taglöhnern und unständigen Arbeitern in anderen Berufen in eine große Gruppe Labourers zusammengefaßt.

In den einleitenden Worten wird daran erinnert, daß die Sterblichkeit nach dem Beruf nicht von den anderen Umständen, die auf die Sterblichkeit von Einfluß sind, losgelöst werden kann. Viele Sterbfälle der Berufstätigen haben mit dem Beruf gar nichts zu tun, z. B. wenn einer beim Baden ertrinkt; die Konstitution des einzelnen ist für seine Lebensdauer von großer Bedeutung; in den Berufen sind körperlich kräftige und schwache Personen nicht gleichmäßig vertreten, bei manchen Berufen findet zudem eine künstliche Auslese der Gesunden z. B. durch ärztliche Untersuchung statt. Manche Berufe, die besondere Tüchtigkeit oder größere Gefahren mit sich bringen, führen zum Wechsel im Beruf, so daß die höheren Altersklassen spärlicher vertreten sind. In der Gruppe der „Arbeiter“ ohne besondere Angabe sammeln sich Personen an, die wegen Verlust der geistigen oder körperlichen Gesundheit die frühere Beschäftigung aufgeben mußten.

Berufliche und wirtschaftliche Einflüsse lassen sich gewöhnlich nicht auseinanderhalten. Die englische Statistik hat bisher nur bei einigen größeren Berufsgruppen eine Trennung nach der Stellung im Beruf gegeben, während dies bei der niederländischen Statistik der Berufssterblichkeit regelmäßig durchgeführt wurde.[1]) Dies ist ein großer Vorzug derselben. Die jetzige englische Statistik bringt nun eine Eingliederung der ganzen männlichen berufstätigen Bevölkerung in acht soziale Gesellschaftsklassen, in welche die einzelnen Berufskategorien, zum Teil mit Trennung derselben, eingeordnet sind.

Bei der englischen Berufssterblichkeit werden Standardziffern berechnet. Die Art der Berechnung ist in der Statistik für 1900—02 näher beschrieben;[2]) sie wird nur für die Altersperiode von 25—65 Jahren durchgeführt. In den Jahren 1900—02 kamen auf 20166153 Männer von 25—65 Jahren (das Dreifache des Volkszählungsergebnisses) 284009 Sterbfälle; um 1000 Sterbfälle zu erhalten, ist eine Bevölkerung von 71005 Lebenden nötig, diese werden nach dem bei der Volkszählung von 1901 gefundenen

---

[1]) F. Prinzing, Die Sterblichkeit nach dem Beruf in den Niederlanden 1908—1911. Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr. Bd. 13, 1919, S. 43.

[2]) Supplement to the 65. annual Report. Part. II. London 1908. S. XI.

Verhältnis auf die vier zehnjährigen Altersklassen verteilt; dies ist die zugrunde gelegte Standardbevölkerung. Sie wurde auch für 1910—12 gewählt. Man hat danach die folgenden Zahlen:

Altersklassen	Standard-bevölkerung	1900—1902		1910—1912	
		Sterbfälle auf 1000 Lebende	Sterbfälle der Standard-bevölkerung	Sterbfälle auf 1000 Lebende	Sterbfälle der Standard-bevölkerung
25—35 Jahre	26 259	6,38	168	4,80	126
35—45 „	20 407	10,94	223	7,99	163
45—55 „	14 748	18,67	275	14,65	216
55—65 „	9 591	34,80	334	29,69	285
25—65 Jahre	71 005		1 000		790

Wird die Sterblichkeit der erwachsenen männlichen Bevölkerung in England 1900—02 gleich 1000 angenommen, so war sie 1910—12 gleich 790. Bei einem Vergleich der Standardziffern, die für die einzelnen Berufe 1910—12 berechnet sind, muß also 790 als Mittelzahl zugrunde gelegt werden.

Man kann mittels der gegebenen Zahlen auch leicht Standardsterbziffern berechnen. Diese besagen, wie hoch die Sterblichkeit der bei den einzelnen Berufen Beschäftigten wäre, wenn diese alle die gleiche Altersgliederung hätten. Ob man als Standardbevölkerung die ganze männliche Bevölkerung von 1901 oder von 1911 wählt, ist gleichgültig, nur muß gleichmäßig für alle Berufe dieselbe Standardbevölkerung dienen. Dem englischen Vorgang gemäß sei die von 1901 gewählt, man hat dann unter Umrechnung auf 1 000 Lebende die folgenden Zahlen:

Altersklassen	Standard-bevölkerung	Sterbfälle 1910—12 auf 1 000 Lebende	Sterbfälle 1910—12 auf die Standardbevölkerung
25—35 Jahre	369,8	4,80	1,775
35—45 „	287,4	7,99	2,296
45—55 „	207,7	14,65	3,043
55—65 „	135,1	29,69	4,011
25—65 Jahre	1 000,0		11,125

Die Standardsterblichkeit ist also 11,125. Im Jahre 1900—02 war sie 14,083 (obiger Standardziffer von 1000 entsprechend), das Verhältnis der Abnahme der Standardziffer und der Standardsterblichkeit ist natürlich dasselbe, da beide Berechnungsarten auf demselben Prinzip beruhen, 1000—790 entspricht einer Abnahme von 21 Proz., 14,083—11,125 ebenso.

Aus den englischen Standardziffern lassen sich in einfachster Weise Standardsterbziffern berechnen, wenn man davon ausgeht, daß 790 einer Standardsterbziffer von 11,125 entspricht; man hat nur die Standardziffer des betreffenden Berufs mit 11,125 zu multiplizieren und das Produkt durch 790 zu dividieren, Nehmen wir die landwirtschaftlichen Arbeiter und die Fuhrleute als Beispiel:

Altersklassen	Standard-bevölkerung	Landwirtschaftl. Arbeiter		Fuhrleute	
		Sterbfälle auf 1 000 Lebende	Sterbfälle auf die Standard-bevölkerung	Sterbfälle auf 1 000 Lebende	Sterbfälle auf die Standard-bevölkerung
25—35 Jahre	369,8	3,20	1,183	5,09	1,882
35—45 „	287,4	4,90	1,408	9,44	2,713
45—55 „	207,7	8,12	1,687	16,62	3,452
55—65 „	135,1	17,32	2,340	34,23	4,624
25—65 Jahre	1 000,0		6,618		12,671

Auf 1 000 landwirtschaftliche Arbeiter von 25—65 Jahren war demnach die Standardsterblichkeit 6,618, auf 1 000 Fuhrleute 12,671. Die englische Standardziffer der ersteren war 470, die der Fuhrleute 900, aus diesen berechnet sich für die landwirtschaftlichen Arbeiter die Standardziffer $470 \times 11{,}125 : 790 = 6{,}619$ und für die Fuhrleute $900 \times 11{,}125 = 12{,}671$. Die Zahlen sind bei beiden Berechnungen dieselben. Im folgenden sind meist die Standardsterbziffern berechnet, da sie dem, der in der Beurteilung von Verhältnisziffern weniger bewandert ist, ein besseres Bild geben.

In einer besonderen Tabelle sind für die einzelnen Berufe die erwartungsmäßigen Zahlen der Sterbfälle mitgeteilt. Sie werden in der Weise gewonnen, daß berechnet wird, wie hoch in jedem Berufe die Sterblichkeit wäre, wenn sie dieselbe Höhe hätte wie bei der ganzen männlichen Bevölkerung:

Altersklassen	Sterblichkeit aller Männer	Landwirtschaftl. Arbeiter			Fuhrleute		
		Zahl der Berufstätigen	Sterbfälle		Zahl der Berufstätigen	Sterbfälle	
			beobachtet	erwartet		beobachtet	erwartet
25—35 Jahre	4,80	343 560	1 098	1 649,09	278 517	1 419	1 336,88
35—45 „	7,99	279 198	1 368	2 230,08	209 826	1 980	1 676,51
45—55 „	13,65	254 703	2 067	3 731,40	124 473	2 069	1 823,53
55—65 „	29,69	189 321	3 279	5 620,94	62 289	2 132	1 849,36
25—65 Jahre		1 066 782	7 812	13 231,51	675 105	7 600	6 686,28

Wird die allgemeine Sterblichkeit der Männer von 25—65 Jahren gleich 100 gesetzt, so war die der landwirtschaftlichen Arbeiter 59,0 und die der Fuhrleute 113,7.

Die Todesursachen dürfen, wie begreiflich, nicht einfach auf die Standardsterbziffern prozentual verteilt werden, da die einen Todesursachen mit zunehmendem Alter seltener, andere häufiger werden. Es wird der Prozentsatz der einzelnen Todesursachen unter den Sterbfällen der verschiedenen Altersklassen berechnet und auf die Standardziffer derselben übertragen. Ein Beispiel mag dies erläutern. Bei den landwirtschaftlichen Arbeitern mit der Standardziffer 470 in der englischen Statistik waren die Zahlen:

Altersklassen	Sterbfälle	Davon Tuberkulose		Standard-ziffern	Davon fallen auf Tuberkulose
		überhaupt	in Proz.		
25—35 Jahre	1 098	386	35,15	84	84 × 0,3515 = 29,5
35—45 "	1 368	360	26,32	100	100 × 0,2632 = 26,3
45—55 "	2 067	280	13,54	120	120 × 0,1354 = 16,2
55—65 "	3 279	185	5,64	166	166 × 0,0564 = 9.4
25—65 Jahre	7 812	1 211	13,74	470	81,4

Die englische Standardziffer für die Sterbfälle der landwirtschaftlichen Arbeiter an Tuberkulose ist demnach 81. Da die der ganzen männlichen Bevölkerung 153 ist, so ist sie bei den landwirtschaftlichen Arbeitern um 47 Proz. niedriger. Für die Standardsterblichkeit findet die Berechnung in gleicher Weise statt:

Altersklassen	Standardsterblichkeit	Davon an Tuberkulose
25—35 Jahre	1,183	1,183 × 0,3515 = 0,416
35—45 "	1,408	1,408 × 0,2632 = 0,371
45—55 "	1,687	1,687 × 0,1354 = 0,228
55—65 "	2,340	2,340 × 0,0564 = 0,132
25—65 Jahre	6,618	1,147

Natürlich kann die Standardtuberkulosesterblichkeit auch direkt aus den Sterbziffern an Tuberkulose auf 1000 Lebende und der Standardbevölkerung berechnet werden. Sie beträgt 1,147, die der ganzen männlichen Bevölkerung 2,15, was ebenfalls wie oben einer um 47 Proz. geringeren Häufigkeit der Tuberkulose bei den landwirtschaftlichen Arbeitern entspricht.

In dem Verzeichnis der Todesursachen sind einige Änderungen vorgenommen worden: Grippe, rheumatisches Fieber, Rippfellentzündung wurden weggelassen, dagegen werden zu der

Phthisis (Lungentuberkulose) die anderen Formen der Tuberkulose, ferner drei Gruppen von Nervenerkrankungen (Tabes, Geisteskrankheit, Gehirnschlag) neben einer Sammelgruppe hierfür und Arterienverkalkung neu aufgeführt, statt Krankheiten der Leber ist die Lebercirrhose unter den Krankheiten der Verdauungsorgane getrennt genannt. Im folgenden ist der Gehirnschlag stets von den Krankheiten des Nervensystems abgetrennt, da er ätiologisch zu den Krankheiten der Kreislaufsorgane gehört, und die Tuberkulose ist meist als Ganzes, nur bei einigen wichtigen Staubkrankheiten mit Beschränkung auf die der Lungen berechnet. Bei der ganzen männlichen Bevölkerung kamen 1910—12 Sterbfälle auf 1000 Lebende in England:

Krankheiten	Sterbfälle auf 1000 Lebende im Alter von . . . Jahren								für 25—65 Jahre	
	15—20	20—25	25—35	35—45	45—55	55—65	65—75	75 und mehr	englische Standardziffer	Standardsterblichkeit
Tuberkulose der Lunge	0,73	1,38	1,70	2,09	2,29	2,17	1,41	0,51	142	2,00
„ anderer Organe	0,22	0,18	0,15	0,14	0,15	0,16	0,16	0,10	11	0,15
Kr. der Atmungsorgane	0,26	0,38	0,57	1,11	2,21	5,13	11,66	26,13	119	1,68
Kr. der Kreislaufsorgane	0,27	0,25	0,37	0,93	2,23	5,84	13,47	22,58	118	1,66
Gehirnschlag	0,01	0,02	0,04	0,17	0,68	2,18	5,88	11,79	36	0,50
Kr. des Nervensystems	0,18	0,18	0,28	0,61	0,99	1,66	3,11	5,02	50	0,71
Kr. der Verdauungsorgane	0,19	0,22	0,27	0,48	1,01	1,84	3,11	5,52	49	0,70
Nierenentzündung	0,07	0,09	0,15	0,34	0,82	1,67	2,94	3,49	39	0,55
Krebs	0,04	0,06	0,11	0,43	1,69	4,29	7,57	8,98	78	1,09
Unfall	0,42	0,44	0,48	0,62	0,80	1,04	1,25	2,27	47	0,66
Selbstmord	0,05	0,09	0,15	0,23	0,36	0,50	0,47	0,42	19	0,26
Andere Krankheiten	0,44	0,43	0,53	0,84	1,42	3,21	12,04	63,06	82	1,17
Zusammen	2,88	3,72	4,80	7,99	14,65	29,69	63,07	149,87	790	11,13

Eine besondere Bedeutung haben die Sterblichkeit an Alkoholismus, Leberzirrhose und Bleivergiftung; die Leberzirrhose (Leberschrumpfung) entsteht fast ausschließlich auf dem Boden des übermäßigen Alkoholgenusses, die Krankheit selbst wird seitens der Ärzte nur selten verkannt, dagegen wird auch in England eine Verschleierung der Krankheit durch Eintrag einer anderen oder mehr allgemeinen Diagnose nicht so selten vorkommen. Die Sterbfälle an Alkoholismus sind in der Hauptsache Fälle von Säuferwahnsinn (Delirium tremens) und von Eintritt des Todes durch schwere Rauschzustände. Die beiden Todesursachen entsprechen natürlich nur zum allerkleinsten Teil der dem übermäßigen Alkoholgenuß zuzuschreibenden Opfer, sie geben aber einen trefflichen Anhaltspunkt dazu, die Berufe, in denen er verbreitet ist, heraus-

zufinden. Die Bleivergiftung führt nur selten zum Tode, so daß man auf jeden Sterbfall hieran viele nicht tödliche Bleivergiftungen rechnen muß. Auf 1000 Lebende starben 1910—12 in der ganzen männlichen Bevölkerung in England an:

Beim Alter von	Alkoholismus	Leberzirrhose	Bleivergiftung
15—20 Jahren	—	0,0001	0,0002
20—25 "	0,003	0,004	0,001
25—35 "	0,02	0,02	0,004
35—45 "	0,06	0,12	0,01
45—55 "	0,08	0,34	0,02
55—65 "	0,08	0,57	0,02
65—75 "	0,05	0,62	0,005
über 75 "	0,03	0,42	—

Da mehrmals die niederländische Berufssterblichkeit von 1908—11 zum Vergleich angeführt wird, so sei die Sterblichkeit für die Niederlande für 1909—10 und außerdem die für Deutschland für 1910—11 (berechnet je auf die zwischenliegende Volkszählung) für alle Männer angeführt. Auf 1000 Lebende starben

im Alter von	England	Deutschland	Niederlande
15—20 Jahren	2,88	3,61	3,57 (15—25)
20—25 "	3,72	4,67	
25—35 "	4,80	5,07	4,19
35—45 "	7,99	7,91	5,83
45—55 "	14,65	14,83	10,59
55—65 "	29,69	30,25	22,83
65—75 "	63,07	65,16	54,08
über 75 "	149,87	160,23	141,96

Die Sterblichkeit ist demnach in England von ähnlicher Höhe wie in Deutschland, nur in den jüngeren Altersklassen etwas besser, während die Niederlande eine außerordentlich günstige Sterblichkeit haben; die Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungs- und Kreislaufsorgane und des Nervensystems ist in England erheblich größer als in den Niederlanden.

II. Die Ergebnisse der Statistik.

A. Die Berufsarten und Berufsgruppen.

Zum ersten Male ist in der englischen Statistik der Berufssterblichkeit der Versuch gemacht, die ganze Bevölkerung in soziale Gruppen zu teilen. Für diese Gruppen sind besondere Sterbziffern berechnet, wobei die Zugehörigen mancher Berufe auf mehrere soziale Gruppen verteilt wurden. Dieser Versuch konnte nicht

vollständig gelingen, da die Zugehörigkeit zu einem Beruf nicht immer zugleich über die soziale Stellung entscheidet; bei der niederländischen Statistik sind für jede Berufsart die Selbständigen, Betriebsleiter und Gehilfen bzw. Arbeiter getrennt worden. In der englischen ist dies nicht der Fall, so sind bei Gewerbe und Industrie die Besitzer und Leitenden nirgends abgegliedert, wir erfahren daher nichts über ihre gesundheitlichen Verhältnisse, sie verschwinden in der Masse der Arbeiter, deren Ziffern wegen ihrer großen Überzahl dadurch allerdings kaum verändert werden. Den acht sozialen Klassen der englischen Statistik haben die folgenden Zahlen von Männern zugehört:

I.	Klasse	(obere und mittlere)	1 305 580
II.	„	(Zwischenstufe)	1 873 999
III.	„	(gelernte Arbeiter)	2 664 169
IV.	„	(Zwischenstufe der Arbeiter)	2 018 427
V.	„	(ungelernte Arbeiter)	1 831 778
VI.	„	(Textilarbeiter)	440 848
VII.	„	(Bergleute)	900 317
VIII.	„	(landwirtschaftliche Arbeiter)	617 784
			11 652 902

Die Beruflosen sind zum großen Teil hier nicht eingerechnet, die Zahl der überhaupt lebenden Männer von 15 und mehr Jahren war 11 914 569. Unsere Darstellung geht vom Berufe aus unter gleichzeitiger Berücksichtigung der sozialen Stellung, soweit dies möglich ist.

a) Landwirtschaft, Gärtnerei und Fischerei.

Landbau und Gärtnerei nehmen bezüglich der Sterblichkeit eine sehr günstige Stelle ein, so daß es sich empfiehlt, sie besonders zu betrachten. Einen Bauernstand gibt es in England bekanntlich nicht, es gibt nur Großgrundbesitzer, Pächter und landwirtschaftliche Arbeiter und Dienstboten; über die ersteren erfahren wir nichts, sie sind bei den Berufen der ersten sozialen Klasse oder bei den Berufslosen untergebracht. Von der ganzen berufstätigen männlichen Bevölkerung gehören zu den Landwirten und Gärtnern 1 199 011 = 10,3 Proz. Auf 1 000 Lebende kamen Sterbfälle 1910—12 bei ihnen an:

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Die Sterblichkeit bei den Pächtern und bei den landwirtschaftlichen Arbeitern zeigt keine großen Unterschiede, die Standardziffern sind bei den Pächtern ein klein wenig höher als bei letzteren und bei den Gärtnern. Dagegen haben die Pächter eine etwas

Altersklassen	Tuberkulose	Krankheiten von Atmungsorganen	Kreislaufsorganen	Nervensystem	Gehirnschlag	überhaupt	alle Männer
15—20 Jahre	0,33	0,10	0,08	0,07	0,01	1,29	2,88
20—25 „	0,88	0,17	0,13	0,15	0,01	2,30	3,72
25—35 „	1,10	0,32	0,21	0,19	0,03	3,14	4,80
35—45 „	1,10	0,63	0,53	0,30	0,09	4,66	7,99
45—55 „	1,08	1,09	1,29	0,50	0,33	8,22	14,65
55—65 „	1,05	2,51	3,92	1,00	1,19	18,35	29,69
65—75 „	0,80	7,21	11,34	2,36	4,14	47,03	63,07
über 75 „	0,51	24,29	26,20	5,30	12,29	162,97	149,87
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	1,09	0,86	1,03	0,40	0,27	6,69	—
alle Männer	2,15	1,68	1,66	0,71	0,50	—	11,13

kleinere Tuberkulosesterblichkeit, sie haben aber mehr Sterbfälle durch Leberzirrhose und Nierenentzündung, die Ziffern hierfür bleiben jedoch unter denen der ganzen Bevölkerung. Die Sterblichkeit der bäuerlichen Bevölkerung in den Niederlanden ist ganz bedeutend höher, insbesondere ist bei ihr die Sterblichkeit an Tuberkulose und an Krankheiten der Atmungsorgane sehr groß. Die Ursache hiervon liegt in der ungesunden Wohnweise der Holländer Bauern, bei denen der Gebrauch von Butzen (in die Wohnzimmer eingebaute Kasten) zu Schlafräumen noch weit verbreitet ist.

Die Fischer haben eine hohe Sterblichkeit; sie zählen 26088 Berufstätige. Tuberkulose und Krankheiten der Atmungsorgane sind nicht häufig, dagegen die Krankheiten der Kreislaufsorgane, der Nieren und des Nervensystems, sehr zahlreich sind die tödlichen Unglücksfälle. Auf 1000 Lebende starben

Altersklassen	Fischer überhaupt	Fischer durch Unfall	alle Männer überhaupt	alle Männer durch Unfall
15—20 Jahre	3,39	1,77	2,88	0,42
20—25 „	4,72	1,35	3,72	0,44
25—35 „	7,22	1,83	4,80	0,48
35—45 „	10,21	1,13	7,99	0,62
45—55 „	14,25	0,89	14,65	0,80
55—65 „	26,06	1,32	29,69	1,04
65—75 „	59,01	0,94	63,07	1,25
über 75 „	175,91	2,12	149,87	2,27
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	12,08	1,37	11,13	0,66

Die Unfallsterbziffern sind wegen der kleinen Zahlen der einzelnen Altersklassen unregelmäßig. Die Gefahren der Fischerei sind in England offenbar viel größer als in den Niederlanden, wo die Hochsee- und Binnenfischer eine günstige Sterblichkeit haben; es werden auch Verschiedenheiten der Lebensweise mithereinspielen.

b) Erste soziale Klasse.

Diese Klasse der englischen Statistik umfaßt sehr verschiedene Elemente und erfordert daher eine Trennung in zwei Gruppen, die eine ist die der Beamten, Lehrer und freien Berufe (Ärzte, Künstler), die andere die des Handelsstands, einschließlich Lebensversicherung und Bankwesen. Zur ersten Gruppe gehören 292 920, zur zweiten 587 094 Personen; dazn kommen noch die höheren und mittleren Eisenbahnbeamten (88 622 Personen), die Baumeister (44 131 Personen), die Chemiker und Drogisten (27 990 Personen). Die Sterblichkeit dieser Gruppen war:

Altersklassen	Beamte usw.	Handelsstand	Bahnbeamte	Baumeister	Drogisten	oberste Klasse
15—20 Jahre	1,69	2,06	1,82	1,55	3,01	1,82
20—25 "	2,90	3,54	2,80	2,24	3,45	3,19
25—35 "	3,27	4,47	4,12	3,07	4,79	4,15
35—45 "	5,47	7,30	4,94	4,76	7,55	6,75
45—55 "	10,68	14,18	10,71	12,48	12,54	12,75
55—65 "	23,74	30,36	25,01	30,67	29,49	27,14
65—75 "	54,82	64,36	66,21	77,04	66,44	58,18
über 75 "	142,03	164,56	189,77	194,13	158,88	133,27
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	7,91	10,80	8,55	9,24	10,53	9,79

Die Gruppe der Beamten usw. hat die günstigste Sterblichkeit im ganzen, nahezu auch in allen Altersklassen, nur die Eisenbahnbeamten sind in der Altersklasse von 35—45 Jahren, die Baumeister bis zum 45. Jahre besser gestellt. Auf die Unterschiede im Greisenalter ist wenig Gewicht zu legen; beim Alter von 65 zu 75 Jahren kommt z. B. viel darauf an, in welchem Prozentsatz die 70—75 jährigen darin vertreten sind.

Bei den B e a m t e n usw. kamen auf 1000 Lebende Sterbfälle an

(Tabelle siehe nächste Seite.)

Ein Vergleich mit den oben mitgeteilten Sterbziffern nach Altersklassen und Todesursachen für Männer ergibt, daß die Tuberkulose und die Krankheiten der Atmungsorgane bei den Sterbfällen der B e a m t e n usw. in allen Altersklassen weniger häufig

Altersklassen	Tuberkulose	Krankheiten von			Gehirnschlag
		Atmungsorganen	Kreislaufsorganen	Nervensystem	
15—20 Jahre	0,77	0,11	0,18	0,08	—
20—25 „	1,59	0,24	0,12	0,10	—
25—35 „	1,31	0,32	0,17	0,17	0,03
35—45 „	1,42	0,58	0,61	0,54	0,13
45—55 „	1,37	1,09	1,62	0,80	0,59
55—65 „	1,12	2,47	5,48	1,45	1,85
65—75 „	1,01	6,81	13,07	3,47	4,87
über 75 „	0,40	21,21	27,32	5,45	11,16
Stand.-Sterbl. 25—65 J.	1,33	0,85	1,31	0,58	0,47
alle Männer	2,15	1,68	1,66	0,71	0,50

sind, die Sterbfälle infolge von Krankheiten der Kreislaufsorgane sind vom 55. Jahre an etwa gleich häufig, die durch Gehirnschlag erst nach dem 75. Jahre, die infolge von Krankheiten des Nervensystems sind in allen Altersklassen etwas kleiner an Zahl.

Erheblich anders liegen die Verhältnisse beim Handelsstand. Bei diesem kamen auf 1000 Lebende Sterbfälle an

Altersklassen	Tuberkulose	Krankheiten von			Gehirnschlag
		Atmungsorganen	Kreislaufsorganen	Nervensystem	
15—20 Jahre	0,87	0,16	0,21	0,10	0,01
20—25 „	1,99	0,26	0,25	0,10	0,01
25—35 „	2,27	0,39	0,36	0,21	0,03
35—45 „	2,39	0,77	0,79	0,69	0,13
45—55 „	2,39	1,61	2.01	1,25	0,65
55—65 „	2,36	4,06	6,07	2,05	2,38
65—75 „	1,81	10,49	13,91	3,90	5,69
über 75 „	0,71	32,59	27,70	5,30	13,85
Stand.-Sterbl. 25—65 J.	2,34	1,25	1,60	0,81	0,50
alle Männer	2,15	1,68	1,66	0,71	0,50

Die Tuberkulosesterblichkeit ist in allen Altersklassen höher mit Ausnahme der jüngsten und der von 55—65 Jahren, besonders groß sind die Unterschiede im Alter von 20—35 Jahren. Bei 15—20 Jahren kommt in Betracht, daß die Tuberkulösen dieses Alters überhaupt in keinen Beruf eintreten. Man darf annehmen, daß schwächliche Leute eher den Beruf eines kaufmännischen Angestellten ergreifen. Die Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungsorgane ist durchschnittlich erheblich geringer, die an Krankheiten der Kreislaufsorgane ist nach 55 Jahren größer, die an solchen des Nervensystems nach 35 Jahren, der Gehirnschlag zeigt keine nennenswerten Unterschiede.

Die einzelnen Berufsarten dieser beiden großen Gruppen zeigen große Verschiedenheiten in der Sterblichkeit. Die Standardsterbziffer war bei den

Pfarrern	6,25	Baumeistern	9,24
Lehrern	7,12	Ärzten	9,77
Versicherungsbeamten	7,27	Handelsreisenden	10,20
Bankbeamten	7,38	Drogisten, Chemikern	10,53
Verwaltungsbeamten	8,24	Versicherungsagenten	10,64
Eisenbahnbeamten	8,55	Gerichtsschreibern	10,78
Juristen	8,81	Handelsangestellten	12,15

Die Standardsterblichkeit aller Männer war 11,13, demnach haben nur die Angestellten im Handelsstand eine diese übertreffende Sterblichkeit. Die drei letzten Berufe sind die einzigen der obersten sozialen Gruppe, welche eine höhere Tuberkulosesterblichkeit als alle Männer zusammen haben. Es seien für die genannten 14 Berufe die Standardziffern einer Anzahl der wichtigeren Krankheiten und Krankheitsgruppen angeführt; um ihre Bedeutung zu verstehen, müssen sie mit den Standardziffern der ganzen männlichen Bevölkerung verglichen werden. Die Summe der Standardziffern der einzelnen Erkrankungen gibt die in der englischen Statistik berechnete Standardziffer der ganzen Sterblichkeit, die am Schluß der Tabelle beigefügt sind. Sie beziehen sich nur auf das Alter von 25—65 Jahren.

Berufe	Tuberkulose	Krankheiten von			Gehirnschlag	Leberzirrhose	Nierenentzündung	Unfall	überhaupt
		Atmungsorganen	Kreislaufsorganen	Nervensystem					
Pfarrer	52	42	83	30	30	3	30	13	443
Lehrer	79	61	80	39	27	8	31	15	506
Vers.-Beamte	88	66	88	35	36	5	35	15	516
Bankbeamte	75	39	99	44	27	12	37	13	524
Verwaltung	105	58	95	42	29	14	36	22	585
Bahnbeamte	124	57	91	38	33	16	34	24	607
Juristen	63	65	85	58	23	24	36	25	627
Baumeister	75	73	111	37	38	17	41	39	656
Ärzte	74	84	118	44	37	22	47	29	693
Handelsreisende	129	84	107	60	31	19	41	19	724
Drogisten	107	101	107	39	39	29	42	31	748
Vers.-Agenten	169	100	113	47	36	6	35	25	755
Gerichtsschreiber	199	65	106	51	36	23	43	22	765
Handelsangestellte	206	99	122	66	39	15	43	21	863
alle Männer	153	119	118	50	36	13	39	47	790

Die höheren Berufe der niederländischen Statistik lassen sich nur teilweise mit denen der englischen vergleichen, soviel geht aber daraus hervor, daß die Sterblichkeit bei ihnen in den Niederlanden in denjenigen Berufen, in denen sie unter dem Mittel steht (Lehrer, Beamte, Juristen), nicht in demselben Maße besser ist, wie in England, und daß eine größere Zahl dieser höheren Berufe eine Sterblichkeit über dem Mittel hat, so z. B. die Pfarrer, die Bank- und Versicherungsbeamten, die Bahnbeamten und die Handelsreisenden. Es muß dies um so mehr auffallen, als die Sterblichkeit in den Niederlanden sonst kleiner ist als in England. Dagegen ist die Sterblichkeit bei den Handelsangestellten in England erheblich höher. Zum Vergleich seien die Zahlen für die Berufe, bei denen eine gleichartige Umgrenzung für die beiden Länder angenommen werden kann, hier angeführt. Es betrug die Sterblichkeit beim Alter von . . . Jahren:

Berufe	England 1910—12				Niederlande 1908—11			
	25—35	35—45	45—55	55—65	25—35	35—45	45—55	55—65
Protest. Pfarrer	2,17	3,15	7,62	21,92	2,92	3,75	14,64	31,53
Kath. Pfarrer					4,21	5,35	16,61	44,68
Ärzte	3,65	7,01	13,84	26,11	3,30	4,34	10,09	34,31
Lehrer	2,61	4,10	8,96	23,07	3,32	3,92	8,64	24,13
Bankbeamte	2,30	3,71	10,16	24,79	3,27	5,28	12,76	28,62
Vers.-Beamte	2,50	3,63	10,45	23,19				
Bahnbeamte	4,12	4,94	10,71	25,01	3,47	6,59	8,62	23,95
Handelsreisende	3,39	6,31	13,02	32,78	2,88	6,05	15,16	32,35
Vers.-Agenten	5,49	7,60	13,10	27,39				
Handelsangestellte	5,13	8,81	16,41	31,94	3,88	4,77	12,87	29,18
alle Berufstätigen [1])	4,71	7,94	14,65	30,04	4,02	5,48	10,49	24,42

c) Ladeninhaber, Bierbrauer und Gastwirtsgewerbe.

Die hierher gehörigen Berufe sind in der englischen Statistik als Zwischenstufe zwischen der obersten Klasse und den Arbeitern eingefügt. In dieser Klasse sind die Ladeninhaber aller Art vereinigt, dazu kommen die Metzger und Bäcker, die Juweliere und Uhrmacher, die Musiker und Sänger, die Seeleute und Angestellten der Handelsflotte, die Mietstallinhaber, die Bierbrauer, die Gasthofbesitzer und die Pächter. Es sind demnach sehr verschiedene Arten von Berufen in dieser Zwischenklasse vereinigt, so daß nicht viel damit erreicht ist, wenn man sie als Ganzes betrachtet. Sie

[1]) Die Ziffern für die Berufstätigen sind teils ein wenig höher teils ein wenig niedriger als die für die Gesamtheit der Männer, welche die Berufslosen miteinschließen.

hat eine etwas kleinere Sterblichkeit als die Gesamtheit der Männer, die Standardsterbziffer ist 10,49 gegenüber 11,13 der letzteren.

1. Ladeninhaber, Metzger und Bäcker.

Die Ladeninhaber sind in der englischen Statistik alle in eine große Gruppe zusammengefaßt, die wieder in zwei Teile geschieden ist, in solche, die sich mit dem Verkauf von Lebensmitteln und solche, die sich mit dem Verkauf von anderen Waren (Eisenwaren, Möbeln, Büchern, Papierwaren, Tuch, Leinwand) befassen. Da sich die Sterblichkeit in den beiden Gruppen kaum unterscheidet, sollen hier nur die Ziffern für die ganze Gruppe, welcher 717 482 Personen angehören, mitgeteilt werden. Die einzelnen Glieder derselben sind betreffs der Sterblichkeit fast alle unter dem Mittel, mit Ausnahme der Metzger und einer Sammelgruppe, der Ladeninhaber ohne Angabe der Waren, die gehandelt werden, die beide eine etwas höhere Sterblichkeit haben. Die Sterbziffern nach Altersjahren gibt die folgende Tabelle, wobei die Metzger (127 873 Personen) aus der Gruppe der Ladeninhaber herausgehoben und die Bäcker und Zuckerbäcker (124 456 Personen), die nicht in diese aufgenommen sind, angefügt werden. Auf 1 000 Lebende kommen 1910—12 Sterbfälle bei den

Altersklassen	Ladeninhaber	Bäcker	Metzger	alle Männer
15—20 Jahre	1,78	1,95	1,52	2,88
20—25 „	2,97	2,84	2,66	3,72
25—35 „	4,06	3,42	4,19	4,80
35—45 „	7,04	6,11	8,09	7,99
45—55 „	13,14	12,84	18,06	14,65
55—65 „	27,40	27,09	35,87	29,69
65—75 „	63,90	59,77	68,84	63,07
über 75 „	173,65	172,83	172,60	149,87
Stand.-Sterb. 25—65 Jahre	9,97	9,35	12,46	11,13

Die hohe Sterblichkeit der Metzger ist offenbar durch größere Häufigkeit des Genusses alkoholischer Getränke mitbedingt. Die Standardziffern waren

für den Tod durch	Ladeninhaber	Bäcker	Metzger	alle Männer
Alkoholismus	5	6	10	4
Gehirnschlag	33	35	45	36
Krankheiten der Kreislaufsorgane	109	103	136	118
Leberzirrhose	19	12	34	13
Nierenentzündung	43	32	53	39
Unfall	19	17	25	47

2. Herstellung und Verkauf alkoholischer Getränke.

Die Berufe, die sich mit Herstellung und Verkauf alkoholischer Getränke abgeben, müssen wegen der großen Gefahren derselben für die Gesundheit zusammengefaßt werden, obgleich von den in diesen Berufen Tätigen viele auf der Stufe des Arbeiters stehen. Von den Mälzern soll hier abgesehen werden, da sie nur eine kleine Sterblichkeit haben, ihre Standardsterblichkeit war 8,17. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle:

Altersklassen	Gastwirtsgewerbe Selbständige	Gastwirtsgewerbe Angestellte	Bierbrauer	Flaschenbierhändler	alle Männer
15—20 Jahre	1,19	2,08	3,54	1,91	2,88
20—25 "	2,47	3,55	3,38	4,06	3,72
25—35 "	8,02	8,25	6,75	6,24	4,80
35—45 "	14,26	14,42	9,95	9,66	7,99
45—55 "	24,54	23,06	20,15	17,01	14,65
55—65 "	41,78	33,54	36,06	37,14	29,69
65—75 "	85,44	60,18	73,18	79,17	63,07
über 75 "	218,73	149,08	185,95	163,93	149,87
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	17,81	16,52	15,81	12,22	11,13
Zahl der Personen	94 933	85 110	28 904	14 744	—

Die Selbständigen im Gastwirtsgewerbe haben eine beträchtlich höhere Sterblichkeit als die Angestellten, bis zu 55 Jahren sind die Unterschiede nur unbedeutend, nachher aber werden sie sehr groß; die Ursache ist wohl darin zu suchen, daß die Trunksucht bei ungebildeten Leuten abschreckende Formen annimmt, so daß sie zum Dienst im Gasthausbetrieb nicht mehr gebraucht werden können und sich anderen Berufen zuwenden müssen. Man muß sich bei den großen Schwierigkeiten, die Gefahren der Trunksucht richtig zu erfassen, in der Hauptsache an die Berufe halten, die mit alkoholischen Getränken regelmäßig zu tun haben. Es sind daher in der folgenden Tabelle die drei Berufe, die hier in Betracht kommen, die Gastwirte, das Gastwirtspersonal und die Bierbrauer in eine Gruppe von mit der Herstellung und dem Vertrieb alkoholischer Getränke beschäftigten Berufen zusammengefaßt und für diese gemeinsam die Todesursachen berechnet. Die Grundzahlen sind so groß, daß es nicht nötig ist, diese beizufügen. Auf 1000 Lebende jeden Alters kamen Sterbfälle an:

Todesursachen	beim Alter von . . . Jahren 15—20	20—25	28—35	35—45	45—55	55—65	65—75	über 75	Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre Alkoholberufe	alle Männer
Tuberkulose	0,74	1,36	2,92	3,82	3,56	2,64	1,40	0,55	3,03	2,15
Kr. der Atmungsorgane	0,14	0,42	1,08	1,84	2,83	5,53	11,82	35,21	2,05	1,68
Kr. d. Kreislaufsorgane	0,22	0,38	0,71	1,47	3,43	6,80	17,93	32,74	2,32	1,66
Kr. des Nervensystems	0,08	0,18	0,39	0,80	1,46	2,27	3,70	7,81	0,98	0,71
Gehirnschlag	0,02	0,05	0,12	0,37	1,25	3,50	11,50	18,08	0,88	0,50
Nierenentzündung	0,02	0,08	0,28	0,80	1,75	3,24	5,96	6,03	1,13	0,55
Leberzirrhose	—	—	0,21	0,90	2,34	2,96	2,23	3,42	1,22	0,19
Alkoholismus	—	—	0,35	0,55	0,40	0,24	0,07	—	0,40	0,05
Unfall	0,24	0,30	0,29	0,46	0,61	0,70	0,93	3,01	0,46	0,66
alle Sterbfälle	2,20	3,43	7,97	13,70	23,64	39,59	80,46	207,68	17,13	11,13

Mit Ausnahme der tödlichen Unfälle haben alle Krankheitsformen eine beträchtliche Steigerung gegenüber der ganzen männlichen Bevölkerung. Vergleicht man die einzelnen Altersklassen mit den eingangs angeführten Ziffern, so ist ersichtlich, daß die Sterblichkeit vor dem 25. Lebensjahre bei den alkoholischen Gewerben unter dem Mittel ist, da erst länger dauernder übermäßiger Alkoholgenuß seine üblen Wirkungen entfaltet, auch die Tuberkulosesterblichkeit ist in dieser Zeit noch klein, dann geht es aber bei allen Todesursachen mit der Sterblichkeit rasch in die Höhe; am größten ist der Unterschied bei der Sterblichkeit an Alkoholismus und Leberzirrhose gegenüber allen Männern. Wegen der kleinen Grundzahlen der Sterbfälle hieran empfiehlt es sich die erwartungsmäßige Zahl der Sterbfälle zu berechnen. Dann war bei diesen Berufen die Zahl der Sterbfälle:

	erwartet	beobachtet
an Alkoholismus	26,9	188
an Leberzirrhose	113,5	683

Es sind also sechsmal so viel Sterbfälle an den beiden Todesursachen vorgekommen, als zu erwarten gewesen wären.

d) Verkehrswesen.

1. Der Eisenbahndienst. Die Sterblichkeit der höheren und mittleren Bahnbeamten ist in der Gruppe der Beamten besprochen. Die Lokomotivführer und Heizer haben eine günstige Sterblichkeit, ebenso das Zugbegleitungs- und Bahnbewachungspersonal, welche beide in der englischen Statistik in eine Gruppe zusammengefaßt sind. Die kleine Sterblichkeit erklärt sich daraus, daß zu diesen Diensten nur ganz gesunde Personen herangezogen

werden. Die Tuberkulose ist nicht häufig, Unfälle verursachen, wie begreiflich, mehr Sterbfälle. Zum Vergleich seien die Ziffern von 1900—02 ebenfalls mitgeteilt. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle:

Altersklassen	1900—1902				1910—1912			
	Lokomotivführer		Schaffner, Bahnwärter		Lokomotivführer		Schaffner, Bahnwärter	
	überhaupt	Unfall	überhaupt	Unfall	überhaupt	Unfall	überhaupt	Unfall
15—20 Jahre	3,48	1,20	4,07	2,18	3,28	1,11	2,64	0,93
20—25 „	4,03	1,16	4,78	1,91	3,17	0,65	3,96	1,35
25—35 „	3,56	1,04	5,10	1,45	2,95	0,57	3,99	0,99
35—45 „	5,83	0,73	8,03	1,22	4,17	0,64	5,76	0,93
45—55 „	10,47	0,56	14,54	1,61	9,04	0,71	10,64	1,10
55—65 „	25,49	1,81	31,35	2,85	25,11	0,99	23,70	1,74
65—75 „	111,72	1,82	88,48	2,94	62,58	0,91	53,06	1,22
über 75 „					192,04	1,00	131,45	2,24
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	8,61	0,96	11,45	1,61	7,55	0,67	8,55	1,10
alle Männer	14,08	0,83	14,08	0,83	11,13	0,66	11,13	0,66

Demnach ist nicht nur die ganze Sterblichkeit, sondern auch die Zahl der tödlichen Unfälle zurückgegangen.

2. Straßenverkehr. Das Personal der Trambahnen hat ebenfalls eine kleine Sterblichkeit, die Standardsterbziffer für 1910—12 war 8,66, tödliche Unfälle sind sehr selten. Dasselbe gilt für die Kraftwagenführer, die zum größten Teil den jüngeren Altersklassen angehören.

Die Kutscher im Privatdienst haben eine kleine Sterblichkeit, die Standardsterblichkeit war 8,88, während die übrigen Kutscher (Droschken-, Omnibuskutscher u. a.) eine sehr hohe Sterblichkeit haben. Für die letzteren ist in der englischen Statistik keine besondere Gruppe gebildet, sie bringt neben der Gesamtgruppe der Kutscher nur die Privatkutscher, daher wurden von mir durch Abzug der Privatkutscher von der Gesamtgruppe Ziffern für die Droschken-, Omnibuskutscher usw. berechnet. Eine besondere Gruppe bilden die Fuhrleute. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle:

Altersklassen	Droschken- usw. Kutscher	Fuhrleute	alle Männer
15—20 Jahre	2,05	2,37	2,88
20—25 „	4,15	3,45	3,72
25—35 „	6,11	5,09	4,80
35—45 „	12,14	9,44	7,99
45—55 „	21,39	16,62	14,65
55—65 „	38,42	34,23	29,69
65—75 „	68,32	83,71	63,07
über 75 „	159,92	237,07	149,87

Die Standardsterblichkeit war für

	Droschken- usw. Kutscher	Fuhrleute	alle Männer
alle Sterbfälle	15,38	12,67	11,13
Tuberkulose	3,08	2,17	2,15
Krankheiten der Atmungsorgane	2,47	3,59	1,68
Unfall	0,97	1,03	0,66

Der übermäßige Alkoholgenuß ist bei den Droschken- usw. Kutschern sehr verbreitet, weniger bei den Fuhrleuten. Es waren Sterbfälle an

	Droschken- usw. Kutscher		Fuhrleute	
	erwartet	beobachtet	erwartet	beobachtet
Alkoholismus	14,3	40	34,7	36
Leberzirrhose	61,2	93	121,2	126

3. See- und Hafendienst. Die dabei Berufstätigen haben eine sehr hohe Sterblichkeit. Die Zahlen sind nur für die Handelsschiffahrt gegeben. Auf 1000 Lebende starben:

Altersklassen	überhaupt			durch Unfall		
	Seeleute	Bootsleute	alle Männer	Seeleute	Bootsleute	alle Männer
15—20 Jahre	6,98	5,67	2,88	3,22	3,62	0,42
20—25 „	9,28	6,37	3,72	2,76	2,64	0,44
25—35 „	12,21	6,76	4,80	2,49	2,34	0,48
35—45 „	16,39	11,84	7,99	2,89	2,83	0,62
45—55 „	27,01	20,53	14,65	3,08	2,86	0,80
55—65 „	45,08	39,54	29,69	3,09	3,22	1,04
65—75 „	84,09	77,84	63,07	1,93	3,35	1,25
über 75 „	172,14	225,35	149,87	2,96	5,33	2,27
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	20,91	15,51	11,13	2,80	2,71	0,66

Bei den Seeleuten ist die Tuberkulose sehr verbreitet, die Todesfälle durch Krankheiten der Atmungs- und Kreislaufsorgane sind bei beiden Gruppen häufiger, letztere namentlich bei den Seeleuten, die Standardsterbziffern waren für:

	Seeleute	Bootsleute	alle Männer
Tuberkulose	3,84	1,94	2,15
Krankheiten der Atmungsorgane	2,70	2,71	1,68
„ „ Kreislaufsorgane	3,14	2,29	1,66
Leberzirrhose	0,20	0,24	0,18

Die Sterbfälle an Leberzirrhose zeigen schon an, daß der Alkoholkonsum bei den beiden Gruppen verbreitet ist; Sterbfälle an Alkoholismus wurden bei den Seeleuten 39, bei den Bootsführern 8 beobachtet, während die erwartungsmäßige Zahl der Sterbfälle hieran 13,2, bzw. 3,8 war.

e) Bergbau.

Die Zahl der beim Bergbau beschäftigten Männer war 900317, ihre Sterblichkeit ist im allgemeinen kleiner als die aller Männer, besonders hinsichtlich der Krankheiten, da die zahlreichen tödlichen Unglücksfälle die Sterblichkeit erhöhen. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle durch:

Altersklassen	Tuberkulose	Krankheiten von Atmungsorgane	Krankheiten von Kreislaufsorgane	Krankheiten von Nervensystem	Gehirnschlag	Unfall	überhaupt Bergleute	überhaupt alle Männer
15—20 Jahre	0,64	0,24	0,14	0,11	0,01	1,32	3,14	2,88
20—25 „	0,97	0,34	0,23	0,11	0,01	1,31	3,87	3,72
25—35 „	1,00	0,50	0,29	0,18	0,03	1,39	4,47	4,80
35—45 „	1,33	0,97	0,73	0,45	0,12	1,57	6,94	7,99
45—55 „	1,66	2,38	2,05	0,78	0,43	1,83	12,97	14,65
55—65 „	1,84	7,05	5,91	1,57	2,28	2,23	30,37	29,69
65—75 „	1,50	20,82	15,26	3,65	8,14	2,25	82,29	63,07
über 75 „	0,41	46,02	25,38	5,28	19,00	2,81	220,92	149,87
Stand.-Sterbl. 25—65 J.	1,35	1,90	1,54	0,58	0,45	1,65	10,44	—
alle Männer	2,15	1,68	1,66	0,71	0,50	0,66	—	11,13

Die große Unfallhäufigkeit wurde auch sonst beobachtet, sie ist nicht eine Folge etwa besonderer größerer unglücklicher Ereignisse. Von den 3999 tödlichen Unfällen beim Kohlenbergbau sind 3169 = 79,3 Proz. durch unglückliche Ereignisse erfolgt. Die einzelnen Bergbauzweige haben verschiedene Sterbeverhältnisse. Die Standardsterblichkeit bei 25—65 Jahren war

	Zahl der Beschäftigten 1910—12	Standardsterblichkeit 1900—02	Standardsterblichkeit 1910—12
Beim Kohlenbergbau	860 831	12,46	10,24
„ Eisenbergbau	22 629	10,49	9,18
„ Zinnbergbau	7 318	30,01	22,24
„ Bleibergbau	3 087	16.99	16,69
alle Männer		14,08	11,13

Die hohe Sterblichkeit der Arbeiter in Zinn- und Bleibergwerken beruht hauptsächlich auf den vielen Sterbefällen an Tuberkulose und Krankheiten der Atmungsorgane. Die englischen Standardziffern der 25—65jährigen waren für

Art des Bergbaues	Tuberkulose	Krankheiten von Atmungsorgane	Krankheiten von Kreislaufsorgane	Krankheiten von Nervensystem	Gehirnschlag	Nierenentzündung	Unfall
Kohlenbergbau	85	131	110	41	31	26	118
Eisenbergbau	77	136	98	35	23	24	93
Zinnbergbau	707	315	126	38	45	65	95
Bleibergbau	365	197	187	10	40	57	96
alle Männer	153	119	118	50	36	39	47

Sterbfälle an Bleivergiftung sind weder für den Zinn-, noch für den Bleibergbau aufgezeichnet.

f) Die Arbeiter in Gewerbe und Industrie.

In der Aufstellung nach sozialen Klassen sind diese Arbeiter, wenn man vom Bergbau, dessen Zugehörige in einer besonderen Klasse vereinigt sind, absieht, in vier Klassen aufgeteilt: die gelernten Arbeiter, eine Zwischenstufe, die Textilarbeiter und die ungelernten Arbeiter. Die letzteren sind teils von Jugend auf nur als Tagelöhner oder Hilfsarbeiter in verschiedenen Berufen tätig, teils sind es früher besser gestellte Arbeiter, die wegen Krankheit oder Ungunst der wirtschaftlichen Verhältnisse oder auch durch eigene Schuld zu minderwertigen Berufen überzugehen gezwungen waren. Die Sterblichkeit der ersten drei Gruppen ist im Durchschnitt nur wenig voneinander verschieden, sie sollen daher hier als „Facharbeiter" den ungelernten Arbeitern gegenübergestellt werden; die Gruppe der gelernten Arbeiter und die der Zwischenstufe hat zudem gar keine festen Grenzen. Will man ein vollständiges Bild der Sterblichkeit der Arbeiterschaft erhalten, so ist eine Zusammenfassung der vier Gruppen wegen der eben erwähnten Zusammensetzung der ungelernten Arbeiter notwendig. Eine Abtrennung der selbständigen Gewerbetreibenden, die sicher in manchen Gruppen vorhanden sind (z. B. Schneider, Schuhmacher, Sattler, Kürschner usw.) ist leider nicht möglich, da, wie schon früher erwähnt, die englische Statistik die Grundlagen hierzu nicht gibt. Auf 1000 Lebende kamen 1910—12:

Altersklassen	Sterbfälle überhaupt: Facharbeiter	Sterbfälle überhaupt: ungelernte Arbeiter	Sterbfälle überhaupt: zusammen	Sterbfälle überhaupt: alle Männer	Sterbfälle an Tuberkulose: Facharbeiter	Sterbfälle an Tuberkulose: ungelernte Arbeiter	Sterbfälle an Tuberkulose: zusammen	Sterbfälle an Tuberkulose: alle Männer
15—20 Jahre	2,17	2,68	2,30	2,88	0,76	0,84	0.78	0,95
20—25 „	3,31	5,05	3,70	3,72	1.48	2,01	1,60	1,56
25—35 „	4,32	6,91	4,98	4,80	1,79	2,50	1,97	1,85
35—45 „	7,28	11,97	8,57	7,99	2,18	3,37	2,51	2,23
45—55 „	13,99	21,14	15,88	14,65	2,54	3,86	2,91	2,44
55—65 „	29,59	40,02	32,55	29,69	2,48	3,84	2,87	2,33
65—75 „	67,60	85,75	72,69	63,07	1,83	2,65	2,06	1,57
über 75 „	180,54	251,16	198,23	149,87	0,83	1,14	0,90	0,61
Stand.-Sterbl. 25—65 J.	10,59	15,79	12,00	11,13	2,15	3,21	2,44	2,15

Da die Gesamtheit der gewerblichen und industriellen Arbeiterschaft 60 Proz. und die der Facharbeiter 40 Proz. der ganzen männlichen Bevölkerung ausmacht, so unterscheidet sich die Gesamtgruppe nur wenig von der ganzen Bevölkerung bezüglich der Todesursachen und es sind daher keine weiteren Zahlen für diese angeführt. In der englischen Statistik sind die Hilfsarbeiter bei den einzelnen Berufen diesen zugerechnet und daher in der folgenden Darstellung enthalten.

1. Die Metallindustrie.

Zur Metallindustrie gehören 1 406 572 Personen, die in 18 Berufsarten eingeteilt sind, wozu für eine Anzahl noch eine weitere Trennnng in Unterabteilungen gegeben ist. Die Standardsterblichkeit für die 25—65 jährigen war bei den 18 Fabrikationszweigen:

Wagenbau	7,19	Kupferschmiede	11,56
Elektrische Apparate	8,11	Eisenwarenfabrikation	11,79
Wagner	8,86	Drahtindustrie	11,91
Schiffsbau	8,91	Messingwaren	13,38
Herstellung von Weißblech	9,48	Bleiwaren	13,41
Herstellung von Nägeln, Schlüsseln usw.	9,53	Büchsenmacher	13,72
Fahrradindustrie	9,59	Werkzeugfabriken	14,98
Maschinenbau	10,55	Weißblechwaren	15,10
Grobschmiede	10,66	Zinkindustrie	15,62

Die Standardsterblichkeit aller Männer von 25—65 Jahren ist 11,13. Die Sterblichkeit ist in den einzelnen Zweigen der Metallindustrie außerordentlich verschieden. Die Unfallhäufigkeit ist hierauf ohne Einfluß, sie ist nur beim Schiffsbau beträchtlich. Von

den Berufen dieser Gruppe mit einer kleinen Übersterblichkeit haben die meisten etwas höhere Ziffern der Tuberkulose und sehr hohe Ziffern der Krankheiten der Atmungsorgane. Die englischen Standardziffern dafür waren

	Zahl der Berufstätigen	Standardziffern der Tuberkulose	Standardziffern der Krkh. d. Atmungsorg.
Kupferschmiede	12 555	151	197
Eisenwarenfabrikation	287 659	138	198
Drahtindustrie	19 257	205	152
Messingwarenfabrikation	46 820	239	140
Büchsenmacher	7 522	249	185
alle Männer	—	153	119

Bei der Herstellung von Bleiwaren, die 3453 Männer beschäftigte, sind für Tod durch Bleivergiftung in den drei Jahren 11 Fälle verzeichnet, daneben 15 Fälle für Gehirnschlag, die Standardziffer hierfür ist 80 (bei allen Männern 36). Die Grundzahlen sind aber klein und die Übersterblichkeit an Gehirnschlag liegt noch innerhalb der Grenzen der Zufallsschwankungen.

Bei der Zinkindustrie sind 1283 Personen beschäftigt, von den 34 Sterbfällen der drei Jahre sind 3 durch Bleivergiftung, 9 durch Krankheiten der Atmungsorgane und 6 durch Nierenentzündung bedingt.

Für die Weißblechwaren- und Werkzeugfabrikation sind die folgenden Standardziffern für die 25—65jährigen berechnet:

Standardziffern für	Weißblechwarenfabrikation	Werkzeugfabrikation Feilenhauer	Werkzeugfabrikation Messerschmiede	Werkzeugfabrikation überhaupt	alle Männer
Tuberkulose	261	439	477	314	153
Krankh. d. Atmungsorg.	195	252	211	180	119
Krankh. d. Kreislaufsorg.	137	138	166	125	118
Gehirnschlag	46	138	38	44	36
Nierenentzündung	49	165	66	62	39
Zahl der Beschäftigten	19 735	5 451	14 512	49 458	

Bei der Weißblechwarenfabrikation sind unter 988 Sterbfällen in den drei Jahren 2 durch Bleivergiftung bedingt, 18 durch Leberzirrhose, 4 durch Alkoholismus, die erwartungsmäßigen Zahlen waren 0,45, 9,5 und 2,0.

Der Werkzeugmacher haben nach Abzug der Feilenhauer und Messerschmiede eine günstige Sterblichkeit, die Standardsterbziffer war für sie 10,32. Bei den beiden letzteren Berufsarten ist sie dagegen groß. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle:

Altersklassen	Berufstätige		Lungentuberkulose			Krankh. der Atmungsorgane		
	Feilen-hauer	Messer-schmiede	Feilen-hauer	Messer-schmiede	alle Männer	Feilen-hauer	Messer-schmiede	alle Männer
15—20 Jahre	704	1 958	—	1,02	0,73	—	—	0,26
20—25 "	554	1 503	1,20	2,67	1,38	0,60	0,89	0,38
25—35 "	1 163	2 860	2,87	3,96	1,70	1,69	1,05	0,57
35—45 "	1 110	3 121	6,01	7,91	2,09	2,40	2,03	1,11
45—55 "	915	2 353	10,93	6.70	2,29	2,92	2,37	2,21
55—65 "	642	1 643	7,78	6,69	2,17	11,94	9,74	5,13
65—75 "	305	858	3,28	4,67	1,41	21,86	21,80	11,66
über 75 "	58	216	(11,50)	3,08	0,51	103,40	41,54	26,13

Um eine einheitliche Zahl zu erhalten, da die Verhältnisziffern bei den kleinen Grundzahlen doch etwas unsicher sind, seien die erwartungsmäßigen Fälle für alle Altersklassen für die Lungentuberkulose berechnet, danach waren Sterbfälle hieran

	erwartet	beobachtet	in Proz. der Erwarteten
Feilenhauer	28,6	82	287
Messerschmiede	77,5	238	307

Bei den Feilenhauern waren unter 434 Sterbfällen 3 als durch Bleivergiftung bedingt verzeichnet. Alkoholismus und Leberzirrhose sind bei beiden Gruppen nicht besonders häufig. Die Gefahren des Berufs der Feilenhauer sind die Einatmung des Bleistaubs, der von den Blei- oder Bleizinnunterlagen ausgeht, der Metallstaub und die ungünstige Körperhaltung, bei den Messerschmieden sind die Schleifer und Polierer durch den Metallstaub gefährdet. Die Sterblichkeit dieser Berufe hat ferner gegen früher abgenommen ist aber immer noch sehr groß. Die Standardziffern waren

	für alle Sterbfälle			für Lungentuberkulose			für Krkh. der Atmungsorg.		
	Messer-schmiede	Feilen-hauer	alle Männer	Messer-schmiede	Feilen-hauer	alle Männer	Messer-schmiede	Feilen-hauer	alle Männer
1890—92	1 752	2 094	1 155	442	467	223	598	448	258
1900—02	1 566	1 700	1 006	533	387	187	315	331	177
1910—12	1 285	1 529	790	466	434	141	211	434	120

Die Ziffern für 1890—92 sind allerdings nicht direkt vergleichbar, da damals die, die den Beruf aufgegeben haben, nicht eingerechnet waren, sie sind etwas zu klein; während bei der Gesamtheit der Männer die Lungentuberkulose als Todesursache stark zurückgegangen ist, ist dies bei den beiden gefährlichen Berufen nur in geringem Maße der Fall.

2. Die Textilindustrie.

Die Gesundheitsverhältnisse sind bei der Textilindustrie gut, eine Ausnahme machen einige besondere Verrichtungen bei derselben. Die Zahl der Beschäftigten war 440 848, die Standardsterblichkeit betrug 11,28 (bei allen Männern 11,13). Bei den einzelnen Fabrikationszweigen war sie bei der

	überhaupt	für Lungentuberkulose	für Krankh. d Atmungsorg.
Baumwollindustrie	11,42	1,69	2,00
Wollindustrie	11,29	1,75	1,48
Seidenindustrie	10,10	1,83	1,23
Faden-, Seil- usw. Industrie	9,03	1,55	1,39
Strumpfwarenherstellung	10,35	2,48	1,03
Spitzen- und Bortenindustrie	10,86	2,24	1,15
Teppich-, Filz- usw. Industrie	9,05	1,63	1,37
Bleicherei, Druckerei, Färberei	12,00	1,97	1,93
alle Männer	11,13	2,00	1,68

Bei der Baumwollindustrie haben diejenigen, die mit den Vorarbeiten, dem Reinigen und Lockern der Baumwolle beschäftigt sind, eine höhere Sterblichkeit; die ostindische Baumwolle ist wegen der Kürze und Härte der Fasern und der größeren Beimengungen von Schmutz gefährlicher als die ägyptische und amerikanische. In der englischen Statistik sind hierfür zwei Gruppen abgetrennt, die Strippers und Grinders und die Blasraumarbeiter (Blow Room Hands). Die Bleicher und Färber sind dauernd heißen Dämpfen und chemischen Stoffen ausgesetzt, die eine Reizwirkung auf die Schleimhäute ausüben. Auf 1 000 Lebende starben 1910—12:

Altersklassen	Strippers und Grinders	Blasraumarbeiter	Färber, Bleicher, Drucker	alle Männer
15—20 Jahre	—	1,52	2,75	2,88
20—25 „	0,96	3,09	4,05	3,72
25—35 „	3,28	4,84	4,71	4,80
35—45 „	6,51	8,28	7,60	7,99
45—55 „	18,70	25,05	16,12	14,65
55—65 „	51,41	44,30	34,98	29,69
65—75 „	122,45	115,65	91,62	63,07
über 75 „	400,00	274,85	253,87	149,87
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	13,91	15,35	12,00	11,13
Beschäftigte	4 980	9 515	68 437	—

Die Tuberkulose ist bei den Vorarbeiten der Baumwollindustrie nicht besonders häufig, die Standardsterbziffer für sie war bei den Strippers und Grinders 2,18, also ein wenig höher, ein Unterschied,

der noch innerhalb des mittleren Fehlers liegt, bei den Blasraumarbeitern 1,91. Dagegen haben beide Gruppen eine hohe Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungsorgane, die Standardsterblichkeit hieran war bei den Strippers und Grinders 4,04, bei den Blasraumarbeitern 3,66 und bei allen Männern 1,68. Auch die Sterblichkeit an Krankheiten der Kreislaufsorgane ist bei beiden Gruppen hoch.

3. Das Baugewerbe.

Das Baugewerbe hat eine günstige Sterblichkeit, da die dabei Beschäftigten meist in freier Luft arbeiten; die Sterblichkeit an Krankheiten der Atmungsorgane ist eine mittlere, die Tuberkulose ist unter dem Mittel, eine höhere Sterblichkeit haben die Maler und Dachdecker.

Berufe	Stand.-Sterb-lichkeit	Zahl der Berufs-tätigen	englische Standardziffer für					
				Krankheiten der				
			Tuber-kulose	Atmungs-organe	Kreis-laufs-organe	Ge-hirn-schlag	Blei-vergif-tung	Unfall
Zimmerleute	9,77	216 989	137	91	106	30	—	35
Maurer	9,01	105 964	136	87	94	28	—	37
Dachdecker	13,74	8 603	165	166	134	48	—	80
Gipser	10,39	32 090	168	115	99	37	—	26
Maler	12,18	190 151	163	118	122	53	21	44
Glaser	11,03	86 766	131	108	110	59	13	35
alle Männer	11,13	—	153	119	118	36	1	47

Die Sterblichkeit der Maler ist bis zu 45 Jahren unter, nachher über dem Mittel. Bei den Dachdeckern ist die Sterblichkeit sehr hoch, nicht bloß infolge der zahlreichen Unfälle, sondern auch durch das Mehr an Sterbfällen von Tuberkulose und Krankheiten der Atmungs- und Kreislaufsorgane; aus der größeren Zahl der Sterbfälle durch Alkoholismus ist zu schließen, daß das Trinken bei ihnen Gewohnheit ist, wodurch die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nachteilig beeinflußt werden.

Bei den Malern und Glasern sind die Sterbfälle an Bleivergiftung sehr häufig; wenn man bedenkt, wie selten der Tod dadurch herbeigeführt wird, so müssen Bleivergiftungen bei den beiden Berufen außerordentlich zahlreich auftreten. Zum Vergleich seien die Zahlen für 1900—02 herangezogen; bei dieser Erhebung waren die Maler und Glaser noch in eine Gruppe vereinigt.

Altersklassen	Berufstätige 1911		Sterbfälle durch Bleivergiftung überhaupt				auf 1000 Lebende	
	Maler	Glaser	1910—12		Maler und Glaser		Maler und Glaser	
			Maler	Glaser	1900—02	1910—12	1900—02	1910—12
15—20 Jahre	13 857	13 258	—	—	4	—	0,04	—
20—25 „	20 412	12 635	2	—	3	2	0,03	0,02
25—35 „	49 110	23 407	15	3	15	18	0,09	0,08
35—45 „	43 501	16 654	45	10	56	55	0,40	0,30
45—55 „	33 678	11 354	37	16	56	53	0,57	0,39
55—65 „	20 018	6 342	37	1	19	38	0,37	0,48
über 65 „	9 575	3 116	4	2	9	6	0,41	0,16
zusammen	190 151	86 766	140	32	162	172	Stand.-Stbl. 25—65 J. 0,32	0,26

Die Standardsterblichkeit für Bleivergiftung 1910—12 war für alle Männer 0,01. Die Promillezahl der Bleivergiftungen ist zwar jetzt etwas zurückgegangen, ist aber immer noch ungewöhnlich hoch.

4. Industrie der Steine und Erden.

Die Gewinnung der Steine in Steinbrüchen und ihre Bearbeitung ist zusammengefaßt, dagegen ist eine Trennung nach Granit-, Kalk- und Sandstein vorgenommen. Die Gesamtgruppe hat eine erhöhte Sterblichkeit, diese ist aber nach der Art des Gesteins außerordentlich verschieden, bei Granit und Kalkstein ist sie günstig, bei Sandstein sehr schlecht:

Gewinnung und Bearbeitung von	Zahl der Arbeiter	Standardsterblichkeit bei 25—65 Jahren			
		überhaupt	Lungen-tuberkulose	Kr. der Atmungsorgane	Unfall
Granit	7 847	8,42	1,79	0,90	1,28
Kalkstein	18 829	10,60	1,82	1,55	0,76
Sandstein	15 355	20,10	5,85	4,38	1,09
Schiefer	13 276	12,53	3,10	1,38	0,86
alle Männer		11,13	2,00	1,68	0,66

Die große Gefährdung der Steinmetzen bei Bearbeitung von Sandstein ist bekannt; die Sterblichkeit an Lungentuberkulose ist dabei dreimal so groß als bei der Bearbeitung von Granit und Kalkstein.

In den Ziegeleien und Zementwerken ist die Sterblichkeit klein, bei ersteren war die Standardsterblichkeit 7,98, bei letzteren 8,03.

Dagegen ist die Sterblichkeit in den Steingut- und Porzellanfabriken sehr groß, leider ist eine Trennung nach den

verschiedenen Arten der Berufstätigkeit nicht vorgenommen, trotzdem sie die Gesundheit nicht gleichmäßig bedrohen. Die Gefahren bei der Porzellanfabrikation sind der gefährliche, scharfkantige Staub und die große Hitze bei Entleerung der Brennöfen, bei der Töpferei die Bleivergiftung durch Arbeiten mit bleihaltigen Glasuren und in geringerem Maße durch Staubentwicklung. Bei den Töpfern und Porzellanarbeitern kamen auf 1000 Lebende Sterbfälle:

Altersklassen	Zahl der Arbeiter	überhaupt	Lungentuberkulose	Kr. der Atmungsorgane	Bleivergiftung
15—20 Jahre	6 418	2,65	0,93	0,10	—
20—25 „	5 332	3,38	1,50	0,37	0,06
25—35 „	9 712	5,63	2,54	0,96	0,14
35—45 „	8 420	10,77	3,56	2,06	0,32
45—55 „	5 249	25,15	5,71	6,98	0,57
55—65 „	2 766	47,60	6,02	15,30	0,36
65—75 „	1 103	95,19	1,81	28,10	—
über 75 „	209	221,69	1,59	42,86	—
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre		16,84	3,96	4,46	0,31
„ alle Männer		11,13	2,00	1,68	0,01

Die Sterblichkeit im ganzen ist seit 1900—02 zurückgegangen, die Standardsterblichkeit war damals 19,76, die Sterblichkeit an Lungentuberkulose ist aber gleichgeblieben, die an Bleivergiftung ist jetzt größer als damals, die Standardziffer an Lungentuberkulose war 1900—02 4,01, die an Krankheiten der Atmungsorgane 6,65, die an Bleivergiftung 0,19. Bei letzterer sind wegen der kleinen Zahlen die Zufallsschwankungen in Betracht zu ziehen (1900—02 11 und 1910—12 25 Sterbfälle).

5. Die Bekleidungsindustrie.

Es ist bedauerlich, daß bei diesen Gewerben, wie auch bei der Textilindustrie, das weibliche Geschlecht nicht in die Untersuchung mithereingezogen wurde.

Die Sterblichkeit ist gut in den Strohhutfabriken, bei der Herstellung der Tuchhüte, bei den Schneidern, dagegen höher als das Mittel bei den Schuhmachern, Friseuren und bei der Filzhutfabrikation. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle:

(Tabelle siehe nächste Seite oben.)

Man beachte, daß die Sterblichkeit der Schneider erst nach dem 45. Lebensjahre höher ist als bei allen Männern, daß dies bei den Friseuren schon nach dem 25. Lebensjahre der Fall ist und

Altersklassen	Stroh-hut-fabr.	Hutmacher überhaupt	Hutmacher von Filzhüten	Schneider	Schuh-macher	Fri-seure	alle Männer
15—20 Jahre	0,47	1,70	3,07	1,83	2,85	2,63	2,88
20—25 „	3,97	3,18	5,00	3,52	4,61	3,67	3,72
25—35 „	3,13	4,04	7,42	4,45	5,38	5,55	4,80
35—45 „	7,57	7,50	7,15	7,84	8,47	9,34	7,99
45—55 „	14,49	17,03	20,61	15,31	14,89	17,76	14,65
55—65 „	26,07	26,35	32,31	30,86	29,87	34,78	29,69
65—75 „	57,66	69,54	54,26	69,66	67,69	69,14	63,07
über 75 „	219,70	179,92	111,11	171,17	185,67	164,44	149,87
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	9,86	10,74	13,45	11,25	11,55	13,14	11,13
Zahl d. Arbeiter	5 026	17 302	4 269	151 722	193 253	42 015	—

daß die Schuhmacher gleich von Anfang an eine höhere Sterblichkeit haben. Dasselbe gilt für die Filzhutfabrikation.

Mit Ausnahme der Strohhutfabrikation haben alle diese Berufe eine hohe Tuberkulosesterblichkeit. Auf 1 000 Lebende kamen Sterbfälle an Tuberkulose (mit Einschluß derjenigen der anderen Organe):

Altersklassen	Stroh-hut-fabr.	Hutmacher überhaupt	Hutmacher Filzhüte	Schneider	Schuhmacher	Friseure	alle Männer	alle Berufstätigen
15—20 Jahre	0,47	1,05	1,53	0,79	1,38	0,72	0,95	0,70
20—25 „	0,88	1,94	3,21	2,08	2,69	1,22	1,56	1,48
25—35 „	1,04	1,75	2,34	2,39	3,18	3,12	1.85	1,82
35—45 „	2,96	3,21	3,21	3,04	3,46	3,19	2,23	2,22
45—55 „	3,86	3,97	5,67	3,02	3,65	3,15	2,44	2,45
55—65 „	0,93	3,30	5,13	3,03	3,03	3,17	2,33	2,36
65—75 „	1,79	1,91	1,92	2,47	2,45	2,75	1,57	1,68
über 75 „	—	1,89	—	1,39	0,95	—	0,61	0,76
Stand.-Sterbl. 25—65 J.	2,18	2,78	3,66	2,79	3,34	3,15	2,15	2,14

Die Tuberkulosesterblichkeit ist bei den Schneidern, Schuhmachern und Friseuren in allen Altersklassen höher als bei allen Männern, die Abweichung in der jüngsten Altersklasse rührt nur davon her, daß die Sterblichkeit aller Männer beim Alter von 15 bis 20 Jahren höher ist als die aller Berufstätigen, weil die tuberkulösen Kranken dieses Alters in einen Beruf überhaupt nicht eintreten können.

6. Die Holzindustrie.

Die Schreiner, Holzdreher und Küfer, welche beide letzteren zu einer Gruppe vereinigt sind, haben eine mittlere Sterblichkeit,

die Säger eine sehr günstige. Die Standardsterblichkeit war bei den Schreinern 11,04, bei den Sägern 7,49, bei den Holzdrehern und Küfern 11,39, bei allen Männern 11,13. Sie haben mit Ausnahme der Säger eine hohe Tuberkulosesterblichkeit, die Dreher und Küfer haben auch viele Sterbfälle durch Krankheiten der Atmungsorgane. Auf 1000 Lebende kamen Sterbfälle:

Altersklassen	überhaupt		an Tuberkulose		Kr. d. Atmungsorg.	
	Schreiner	Dreher, Küfer	Schreiner	Dreher, Küfer	Schreiner	Dreher, Küfer
15—20 Jahre	2,03	2,71	0,80	1,10	0,22	0,41
20—25 „	3,85	4,14	2,09	1,61	0,52	0,52
25—35 „	4,84	4,51	2,56	2,08	0,43	0,75
35—45 „	7,72	7,75	2,97	2,65	0,98	1,01
45—55 „	15,45	14,79	3,67	3,39	2,45	2,53
55—65 „	29,20	32,79	3,25	3,86	4,99	6,51
65—75 „	65,53	67,05	2,11	1,91	14,07	14,00
über 75 „	190,60	180,42	0,60	0,90	35,63	36,49
Stand.-Stbl. 25—65 J.	11,04	11,39	3,00	2,76	1,62	1,97
alle Männer	11,13		2,15		1,68	

7. Papierindustrie und Buchdruckerei.

In den Papierfabriken und bei der Papierverarbeitung ist die Sterblichkeit klein, bei den Buchbindern ist sie mittelgroß. Die Standardsterblichkeit war bei 25—65 Jahren:

	überhaupt	für Tuberkulose	Zahl der Arbeiter
in den Papierfabriken	9,56	1,68	16933
bei der Papierverarbeitung	9,38	2,49	13724
bei den Buchbindern	11,13	3,13	13070
bei allen Männern	11,13	2,15	—

Die Tuberkulosesterblichkeit ist in den Papierfabriken klein, bei der Papierverarbeitung und bei den Buchbindern über dem Mittel, und zwar schon in den jugendlichen Altersklassen. Auf 1000 Lebende starben hieran:

Altersklassen	Papierverarbeitung	Buchbinder	Altersklassen	Papierverarbeitung	Buchbinder
15—20 Jahre	1,60	1,41	45—55 Jahre	3,18	3,41
20—25 „	2,64	2,42	55—65 „	1,17	2,76
25—35 „	2,76	2,78	65—75 „	1,92	1,82
35—45 „	2,26	3,44	über 75 „	(4,35)	(2,27)

In den Niederlanden ist die Sterblichkeit bei diesen Berufen höher. Die frühzeitige höhere Sterblichkeit an Tuberkulose läßt auf körperliche Minderwertigkeit vieler Arbeiter bei diesen Berufen schließen.

Die Gesundheitsverhältnisse der Lithographen und Buchdrucker sind günstig, die Standardsterblichkeit war bei den ersteren 7,83, bei den letzteren 10,88. Die Tuberkulose ist bei den Lithographen nicht häufig, dagegen bei den Buchdruckern. Auf 1000 Lebende jeden Alters starben hieran:

15—20 Jahre	0,99	35—45 Jahre	3,17
20—25 „	2,76	45—55 „	3,63
25—35 „	2,78	55—65 „	2,99

Die Standardsterblichkeit für Tuberkulose war 3,10, bei allen Männern 2,15. Fälle von Bleivergiftung sind bei den Schriftsetzern 7 aufgezeichnet, wovon allein 4 auf die Schriftsetzer mit der Hand kommen, diese haben auch eine höhere Tuberkulosestandardsterbziffer (3,41).

8. Lederindustrie.

Die Schuhmacher sind bei der Bekleidungsindustrie besprochen. In den übrigen hierzu gehörigen Berufen kamen auf 1000 Lebende Sterbefälle:

Altersklassen	Kürschner	Gerber	Lederwaren-fabriken	Sattler	alle Männer
15—20 Jahre	2,52	1,58	2,19	0,73	2,88
20—25 „	3,12	2,41	3,57	3,76	3,72
25—35 „	3,66	4,50	5,65	3,41	4,80
35—45 „	9,11	4,99	8,16	7,30	7,99
45—55 „	18,50	10,99	14,83	14,02	14,65
55—65 „	32,75	26,41	28,17	30,22	29,69
65—75 „	81,57	65,52	74,42	67,20	63,07
über 75 „	241,23	240,17	181,03	205,69	149,87
Stand.-Sterbl. 25—65 Jahre	12,24	8,81	11,32	10,36	11,13

Die Tuberkulosesterblichkeit ist nur bei den Kürschnern über dem Mittel, die Standardsterblichkeit hierfür war bei ihnen 2,73.

Die hier angeschlossenen Bürsten- und Besenmacher haben eine höhere Sterblichkeit, die Standardsterbziffer war 12,75, die für Tuberkulose 3,42. Ein Sterbfall von Milzbrand ist bei ihnen nicht verzeichnet.

9. Einige andere Gewerbe und Industrien.

a) Die Tabakindustrie hat keine große Ausdehnung, die Zahl der dabei beschäftigten Männer war 7947; die Sterblichkeit ist klein, die Standardsterblichkeit war 10,15, dagegen ist die Gefährdung durch Tuberkulose sehr groß, die Standardsterb-

lichkeit dafür war 3,36 (gegen 2,15 bei der ganzen männlichen Bevölkerung).

b) In der chemischen Industrie war die Standardsterblichkeit nur 9,20, bei der Talk- und Seifenfabrikation 7,80, in den Gummiwarenfabriken 10,27. Mehr Sterbfälle durch Erkrankungen der Atmungsorgane hat nur die chemische Industrie, die Standardsterbziffer hierfür war bei ihr 2,43, während sie bei der Talk- und Seifenfabrikation 1,06, in den Gummifabriken 1,59 und bei allen Männern 1,68 betrug.

c) Die Kaminkehrer haben eine hohe Sterblichkeit, ihre Zahl war 7932. Die Grundzahlen sind klein und es sollen daher die Ziffern für 1900—02 zum Vergleich herangezogen werden, um beurteilen zu können, ob die berechneten Verhältnisse die richtigen sind. Auf 1000 Lebende starben

Altersklassen	überhaupt		Tuberkulose der Lungen		Krkh. d. Atmungsorg.		Krebs		Unfall	
	1900—02	1910—12	1900—02	1910—12	1900—02	1910—12	1900—02	1910—12	1900—02	1910—12
15—20 Jahre	3,55	6,25	0,89	—	0,89	—	—	—	0,88	2,08
20—25 „	3,22	3,20	1,93	1,28	0,65	1,28	—	—	—	—
25—35 „	6,01	4,73	1,68	1,80	1,68	0,45	0,24	0,23	0,24	0,45
35—45 „	17,54	12,56	5,65	3,83	3,12	2,92	1,17	1,09	0,58	0,55
45—55 „	26,55	19,19	4,79	2,69	5,87	3,07	2,83	2,30	0,65	0,77
55—65 „	45,38	36,72	5,59	3,85	8,04	6,15	8,36	4,64	2,10	1,28
über 65 „	107,88	87,13	1,29	1,79	20,00	19,64	17,42	14,73	3,23	1,34
Stand.-Stbl. 25—65 J.	18,90	14,29	4,02	2,84	3,82	2,77	2,15	1,50	0,67	0,66
alle Männer	14,08	11,13	2,60	2,00	2,45	1,68	0,96	1,09	0,83	0,66

Die Kaminkehrer haben außerdem eine hohe Sterblichkeit infolge von Alkoholismus und Leberzirrhose, woraus man schließen muß, daß übermäßiger Genuß alkoholischer Getränke bei ihnen häufig ist. Bei der Erhebung von 1900—02 ist nicht die Leberzirrhose als Todesursache aufgenommen, sondern die Krankheiten der Leber insgesamt. Bei den kleinen Grundzahlen muß die erwartungsmäßige Zahl der Sterbfälle berechnet werden, unter Zugrundelegung der Sterbkoeffizienten, die je für 1900—02 und 1910—12 für die ganze männliche Bevölkerung berechnet sind. Es waren Sterbfälle an

	beobachtet		erwartet	
	1900—02	1910—12	1900—02	1910—12
Alkoholismus	15	6	4,67	1,26
Krankheiten der Leber	13	—	10,01	—
Leberzirrhose	—	11	—	6,06

Die Sterblichkeit an Alkoholkrankheiten ist demnach bei den Kaminkehrern bedeutend höher als bei der übrigen männlichen Bevölkerung, sie ist bei der letzteren seit 1900—02 ziemlich zurückgegangen, ein Rückgang ist auch bei den Kaminkehrern anzunehmen. Der Krebs ist etwas weniger häufig; in der Statistik für 1900—02 ist der Sitz des Krebses angegeben, danach kamen von 71 Krebssterbfällen 23 auf den Schornsteinfegerkrebs (Krebs des Skrotums und der Hoden) und 48 auf den Krebs anderer Organe. Nach einer Bemerkung in der Einleitung der Statistik für 1910—12 waren in dieser Zeit 29 Proz. der Krebssterbfälle durch Krebs des Skrotums und der Hoden bedingt, während dieser Prozentsatz bei der ganzen Bevölkerung nur etwa 1 Proz. beträgt.

d) Die Hausierer und Zeitungsverkäufer sind in eine Gruppe zusammengefaßt, sie haben eine außerordentlich hohe Sterblichkeit; die Standardsterblichkeit war bei 25—65 Jahren

	Hausierer usw.	alle Männer		Hausierer usw.	alle Männer
überhaupt	21,10	11,13	bei Alkoholismus	0,17	0,05
bei Tuberkulose	6,16	2,15	bei Leberzirrhose	0,32	0,19
bei Krankheiten der			bei Nierenentzündung	1,01	0,55
Atmungsorgane	3,78	1,68	bei Krebs	1,55	1,09
Kreislaufsorgane	2,70	1,66			

Es hat nicht viel Zweck hierauf näher einzugehen, da diese Erwerbszweige häufig von kranken Leuten oder solchen, die durch ihren Lebenswandel herabgekommen sind, ergriffen werden. Der Beruf an sich ist hierbei nicht die Ursache der hohen Sterblichkeit.

10. Die unständigen Arbeiter und Taglöhner.

In den früheren Statistiken der englischen Berufssterblichkeit war eine Gruppe „General Labourers“ eingeführt, also Arbeiter ohne nähere Bezeichnung. Für diese hat sich stets eine sehr hohe Sterblichkeit ergeben, da diese „Arbeiter“ von Jugend auf in wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen leben und die ganze Gruppe zudem mit Personen, die wegen Verlusts der geistigen oder körperlichen Gesundheit ihren früheren Beruf aufgegeben haben, überladen ist. Wegen der unsicheren Stellung der „General Labourers“ ist in der Statistik für 1910—12 eine große Gruppe „Labourers“ eingeführt, welche die schlechtweg als Arbeiter Bezeichneten und die in verschiedenen Berufen als Hilfsarbeiter oder Taglöhner Beschäftigten zusammenfaßt. Man erhält so eine große Gruppe, von der man annehmen kann, daß sich die bei der Volkszählung und

bei den Sterbfällen darunter Erfaßten einander ungefähr entsprechen. Sie umfaßt 1002990 Arbeiter, wovon 321093 zu den „General Labourers" gerechnet sind, während 159623 als Hilfsarbeiter beim Baugewerbe, 105333 als Dock- und Werftarbeiter, 147576 als Ausgänger, Portier, Nachtwächter u. dgl., 45636 als Straßenarbeiter, 32991 als Kohlenträger, die übrigen in verschiedenen anderen Berufen beschäftigt sind. Es ist somit hier eine Bevölkerungsschicht vereinigt, die sozial, wirtschaftlich und der allgemeinen Bildung nach auf sehr niedriger Stufe steht. Wir teilen daher eine Tabelle der Sterbfälle nach Todesursachen mit, entsprechend der eingangs für die ganze Bevölkerung berechneten Tabelle. Auf 1000 männliche Lebende kamen 1910—12 Sterbfälle an

Krankheiten	Sterbfälle auf 1 000 Lebende bei .... Jahren								Stand.-Sterbl. bis 25—65 J.	
	15—20	20—25	25—35	35—45	45—55	55—65	65—75	üb. 75	Arbeiter	alle Männ.
Tuberkulose d. Lungen	0,75	2,53	3,02	3,93	4,28	4,29	2,69	1,03	3,71	2,00
„ and. Organe	0,18	0,24	0,23	0,21	0,27	0,20	0,38	0,17	0,23	0,15
Kr. der Atmungsorg.	0,23	0,78	1,21	2,26	4,63	9,53	20,84	51,74	3,35	1,68
Kr. der Kreislaufsorg.	0,26	0,52	0,79	1,82	3,78	8,31	19,57	40,79	2,72	1,66
Gehirnschlag	0,01	0,05	0,06	0,28	0,93	2,77	8,06	21,72	0,67	0,50
Kr. des Nervensystems	0,14	0,34	0,56	1,12	1,66	2,46	4,38	9,33	1,24	0,71
Kr. der Verdauungsorg.	0,15	0,30	0,37	0,63	1,30	2,26	3,95	9,05	0,89	0,70
Nierenentzündung	0,06	0,11	0,29	0,49	1,13	2,00	3,73	5,11	0,75	0,55
Krebs	0,04	0,09	0,18	0,69	2,54	6,23	10,41	16,18	1,62	1,09
Unfall	0,47	0,72	0,88	1,11	1,44	1,74	2,25	4,92	1,18	0,66
Selbstmord	0,06	0,14	0,22	0,30	0,37	0,61	0,58	0,62	0,33	1,17
Alle Sterbfälle	2,73	6,51	8,65	14,08	24,21	44,76	96,15	286,61	18,32	11,13

Bei allen Krankheitsgruppen findet man eine große Übersterblichkeit, sie ist am höchsten bei der Tuberkulose, den Erkrankungen der Atmungsorgane und des Nervensystems. Diese Übersterblichkeit ist einerseits mit der niedrigen sozialen Stellung und der teilweise ungesunden Arbeit, andererseits mit der Ansammlung von Menschen mit schwacher Konstitution zu erklären, daß aber auch die Lebenshaltung in dieser Gesellschaftsschicht häufig eine ungesunde ist, geht aus der Zahl der Sterbfälle an Alkoholismus und Leberzirrhose hervor. Es waren Sterbfälle

	erwartet	beobachtet
an Alkoholismus	125,8	209
an Leberzirrhose	561,2	619

Die Gruppe der „Arbeiter" gibt uns den Ausschnitt einer Bevölkerungsschicht, die unter den ungünstigsten äußeren Verhält-

nissen lebt und die darauf mit einer ganz beträchtlichen Erhöhung der Sterblichkeit antwortet, zweifellos tragen aber nicht nur die wirtschaftlichen Zustände, sondern auch die unstäte Lebensweise und der geringe Bildungsgrad vieler Elemente dieser Gruppe hieran die Schuld.

B. Einfluß des Berufs auf einige Krankheiten.

1. Die Tuberkulosesterblichkeit ist bei den einzelnen Berufen stets mitgeteilt worden, so daß daraus zu ersehen ist, welche Berufe hauptsächlich durch sie gefährdet sind. Dies sind vor allem die Berufe, die in schlechter Luft, in unhygienischen Räumen ausgeübt werden oder bei denen die Arbeiter dem Staub oder reizenden Stoffen ausgesetzt sind oder alkoholische Getränke im Übermaß zu genießen pflegen.

2. Der Krebs zeigt bezüglich der Häufigkeit des Auftretens in den einzelnen sozialen Klassen keine Verschiedenheiten, in den obersten Klassen ist er nicht häufiger als bei den Arbeitern. Eine Ausnahme liegt nur insofern vor, als die 2. soziale Klasse, welche die Ladeninhaber und das Gastwirtsgewerbe umfaßt, und die 5. Klasse, die der ungelernten Arbeiter höhere Ziffern der Krebssterblichkeit haben, in diese beiden Klassen sind aber Gruppen eingeschlossen, bei denen der Alkoholkonsum sehr groß ist, so daß die soziale Stellung nicht verantwortlich gemacht werden kann. Die Berufe, in denen übermäßiges Trinken üblich ist, haben zweifellos eine höhere Krebssterblichkeit. Zur Beleuchtung hiervon seien die 9 Berufe, welche die höchste Sterblichkeit an Alkoholismus haben, und unter den Berufen, die mehr als 100000 Berufszugehörige haben, 9 mit der geringsten Sterblichkeit an Alkoholismus einander gegenübergestellt:

Alkoholismus häufig			Alkoholismus selten		
Berufe	Englische Standardziffern bei 25—65 Jahren für		Berufe	Englische Standardziffern bei 25—65 Jahren für	
	Alkoholismus	Krebs		Alkoholismus	Krebs
Gasthausbesitzer	39	85	Bahnschaffn., -wärt.	0	65
Gasthauspersonal	21	99	Pächter	1	54
Kaminkehrer	19	107	Wagenfabrikation	1	57
Dock- u. Werftarb.	14	98	Maschinisten, Heizer	1	79
Flaschenbierhandel	12	128	Kohlenbergbau	2	61
Hausierer	12	106	Maschinenbau	2	74
Seeleute	11	110	Grobschmiede	2	83
Bierbrauer	10	125	Zimmerleute	2	82
Metzger	10	105	Buchdrucker	2	68

Die Standardziffern aller Männer waren für Alkoholismus 4, für Krebs 78. Die berufliche Krebserkrankung der Kaminkehrer ist schon oben erwähnt. Daß ein Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Krebserkrankung besteht, kann nicht zweifelhaft sein.[1]) Es handelt sich dabei um eine Reizwirkung der alkoholischen Getränke, die den Boden für die Entstehung des Krebses vorbereitet. Daß solche Reizwirkungen als Mitursache des Krebses eine große Rolle spielen, ist längst bekannt.

3. Bleivergiftung. Sterbfälle hieran sind in den drei Jahren bei allen Männern 292 verzeichnet = 0,8 auf 100 000 (1900—02 301). Bei den in der englischen Statistik bearbeiteten Berufen waren es zusammen 270, wovon die meisten auf die Maler, Glaser und Töpfer kamen. Es starben an Bleivergiftung

Berufe	überhaupt	auf 100 000 L.	Berufe	überhaupt	auf 100 000 L.
Maler	140	24,6	Buchdrucker	7	2,0
Glaser	32	12,3	Feilenhauer	3	18,3
Töpfer	25	21,3	Zinkindustrie	3	77,9
Wagenbauarbeiter	13	3,6	Kupferschmiede	2	5,3
Bleiwarenfabrikation	11	106,2	Instrumentenmacher	2	2,8

Beim Maschinenbau kamen 6 Sterbfälle vor (= 0,5 auf 100 000 Arbeiter), bei der Herstellung elektrischer Apparate und von Eisenwaren, beim Schiffsbau je 3, bei Holzdrehern und Küfern 2, die Verhältniszahlen sind wegen der stärkeren Besetzung dieser Berufe klein. In 15 weiteren Berufen ist je ein Todesfall infolge von Bleivergiftung verzeichnet.

4. Die Zuckerkrankheit ist in der Sterbfallstatistik nicht ganz sicher herauszubekommen, sie kann bei ungenügender ärztlicher Behandlung verkannt werden, oder sie führt durch Komplikationen zum Tode, die dann als Ursache desselben eingetragen werden. Soviel geht aus der Statistik nach sozialen Klassen hervor, daß die oberen Klassen häufiger befallen werden als die Arbeiter; bei allen Männern war die englische Standardziffer 10, bei der obersten Klasse 14, ebenso hoch bei der 2. Klasse, bei den gelernten Arbeitern dagegen 9, bei den ungelernten 8, beim Bergbau 6 und bei den landwirtschaftlichen Arbeitern 4. Besonders hohe Zahlen haben die Metzger (22), die Bierbrauer (23), die Gasthausbesitzer (28), das Gasthauspersonal (21). Ob hierbei der Alkohol

[1]) F. Prinzing, Krebsstatistik in Grotjahn-Kaup, Handwörterbuch der sozialen Hygiene, Bd. I, S. 678.

eine Rolle spielt, etwa in dem Sinne, daß er den Fettansatz begünstigt, ist aus diesen Zahlen nicht zu ersehen; der Zusammenhang zwischen starkem Fettansatz und Zuckerkrankheit ist allbekannt.

* * *

In der Einteilung zu der Statistik der Berufssterblichkeit ist erwähnt, daß die Klassifikation der Berufe mehr eine industrielle als berufliche sei und daß daher in manchen Fällen die wirklichen Verhältnisse verschleiert werden. So werden bei den Messerschmieden und Töpfern die Schleifer und die Bleiglasurenarbeiter nicht unterschieden, trotzdem sie eine viel gefährlichere Tätigkeit haben als die andern in diesen Berufen Tätigen. Will man einen genauen Einblick in die Berufsgefahren gewinnen, so muß, auch wenn die Grundzahlen klein werden, eine weitere Teilung der Berufe stattfinden, Ergebnisse können dabei durch Berechnung der erwartungsmäßigen Sterbfälle gewonnen werden. Wie der Bericht mitteilt, soll die Volkszählung von 1921 die Grundlagen zu einer solchen eingehenderen Statistik liefern.

Aus dem Stadtgesundheitsamt in Frankfurt a. M.

Soziale Fürsorge für Geschlechtskranke.

Mit besonderer Berücksichtigung der Frankfurter Beratungsstelle für Frauen und Mädchen.[1]

Von Stadtmedizinalrat Dr. Fischer-Defoy in Frankfurt a. M.

Zwei neue Grundpfeiler sind es, auf welche die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Deutschland, soweit sie die Ansteckungsquelle selbst in Angriff nimmt, innerhalb der beiden letzten Jahrzehnte gestellt worden ist. Der eine wird durch die Novelle vom 25. März 1903 bestimmt: sie beseitigt die Anweisung des Krankenversicherungsgesetzes, nach der bei Erkrankungen durch geschlechtliche Ausschweifungen Krankengeld überhaupt nicht oder nur teilweise gewährt zu werden braucht. Die Reichsversicherungsordnung baute auf dieser Neuerung auf: sie gab auch den Landesversicherungsanstalten die Möglichkeit, bei einer Geschlechtskrankheit durch Einleitung des Heilverfahrens helfend einzugreifen. Hiermit steht nun der zweite Stützpunkt, in dem die heutige Geschlechtskrankheitenbekämpfung wurzelt, in Verbindung: die Einrichtung von Beratungsstellen, die nach einem von Bielefeldt geschaffenen Vorbild seit 1916 von den Landesversicherungsanstalten ins Leben gerufen wurden. Sie geben zunächst Gelegenheit, den Geschlechtskranken, versicherten wie nichtversicherten, mit einem Rat zur Seite zu stehen; sie betrachten es aber auch als ihre Aufgabe, den Kranken durch Kostenübernahme eine regelrechte Behandlung zuteil werden zu lassen. Dafür nehmen sie aber das Recht für sich in Anspruch, die Durchführung der Behandlung zu überwachen, und, wenn nötig, zu erzwingen.

---

[1]) Eingesandt wurde die Arbeit am 28. V. 1922.

Das letztere wird erleichtert durch die Verordnung vom 11. Dez. 1918, die eine Zwangsbehandlung vorsieht, eine Maßnahme, der mit größter Wahrscheinlichkeit durch das neue Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bleibende Gestalt verliehen werden dürfte.

Es gab Ende 1920 164 Beratungsstellen im Deutschen Reich; an ihrer Erhaltung beteiligten sich außer den Landesversicherungsanstalten die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, die Krankenkassen und die Gemeindeverwaltungen. Es wurden 1920 107 985 geschlechtskranke Personen gemeldet, davon 19,4 Proz. von Ärzten, 13,9 von den Krankenhäusern, 17,3 von den Krankenkassen, 2,9 von der Militärverwaltung, 9,9 von anderen Stellen. In 36,8 Proz. der Fälle fand eine Selbstmeldung der Erkrankten statt, ein Beweis für die große Einbürgerung, welche die Beratungsstellen erfahren haben; der hohe Prozentsatz ist aber auch ein Zeichen dafür, daß die Befürchtungen, die sich auf etwaige Vorurteile der Kranken gegen die neue Einrichtung, die immerhin Mitwisser eines ängstlich gehüteten Geheimnisses schaffte, bezogen, grundlos waren. Die Schweigepflicht der Ärzte und Krankenkassen kam bei den Versicherten nicht in Betracht; den Krankenhassen ist sogar die Zulässigkeit der Meldung Geschlechtskranker auf Grund der Krankenordnung durch eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 3. Dez. 1920 zugebilligt. Die Einführung einer gesetzlichen Anzeigepflicht würde für den größten Teil der Geschlechtskranken gar nicht mehr in Frage kommen.

Die Hauptaufgabe der Beratungsstellen liegt auf gesundheitlichem Gebiet.[1]) Die Fürsorge besteht in der Aufklärung der Kranken über ihr Leiden und der Warnung vor der Weiterverbreitung, dann in der Einleitung der Behandlung, falls erforderlich, auch unter Übernahme der Kosten, und in ihrer Überwachung; schließlich spielt noch die Feststellung der Infektionsquelle eine Rolle, wobei für den infizierenden Teil naturgemäß dieselben Maßnahmen wie für den infizierten in Betracht kommen. Im Hintergrunde der Beratungsstelle, bereit ihre Forderungen nachdrücklich zu unterstützen, steht in der Regel der Medizinalbeamte, und als letzte Instanz, die zu ihren Mitteln den Zwang zählt, die Polizei. Die Überwachung der Behandlung beschränkt sich gewöhnlich,

[1]) Vgl. Vossen, Die Geschlechtskrankenfürsorge der L.V.A. Rheinprovinz. Denkschrift.

Ascher, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Frankfurt. Berl. klin. Woch. 1922. Nr. 9.

mag nun ein Facharzt oder ein Verwaltungsbeamter an der Spitze der Beratungsstelle stehen, auf eine Fühlungnahme mit den Ärzten. 1920 standen einschließlich der aus dem Vorjahr übernommenen Kranken 150608 Personen in der Fürsorge der Beratungsstellen; die Zahl der Beratungen betrug 184551. Daraus geht hervor, daß auf die meisten Besucher nur eine Beratung kommt, und nur verhältnismäßig wenige mehrfach beraten wurden, die Fürsorge mithin eine vorwiegend sachliche, weniger eine persönliche war. Zum persönlichen Einvernehmen mit den Kranken über die Beratungen im Amtsraume hinaus ist höchstens dann Gelegenheit gegeben, wenn, wie in Frankfurt a. M., die Fürsorgestelle in enger Beziehung zur Ortskrankenkasse steht und deren Kontrolleure, denen viel mehr hygienische Aufgaben zugewiesen werden könnten, als es bisher geschieht, zur Hilfe herangezogen werden und Hausbesuche ausführen. Die sachliche, rein gesundheitliche Fürsorge mag für sehr viele Fälle völlig genügen. Für einen Teil der Geschlechtskranken ist es aber mit ihr nicht getan. Die Geschlechtsleiden sind Krankheiten, die meistens ganz gewaltig in das Leben des einzelnen eingreifen, die nicht nur den Körper befallen, sondern auch den Geist erheblich niederdrücken, die vielfach selbst noch in der Jetztzeit den Kranken zu einem Geächteten machen, der von den Angehörigen geschmäht, von den Arbeitsgenossen gemieden, vom Quartierwirt bisweilen wie ein Pestkranker behandelt wird und oft nicht nur Elternhaus, sondern auch Stellung und Obdach verliert. Besonders oft geht es so den weiblichen Geschlechtskranken. Daß sie besonderer Rücksicht bedürfen, hat der Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 25. März 1920 anerkannt. In erster Linie sind diejenigen Mädchen in Mitleidenschaft gezogen, die wegen eines Geschlechtsleidens im Krankenhaus behandelt werden, sei es, daß die Polizei sie aufgegriffen und einer Zwangsbehandlung zugeführt hat, sei es, daß sie von den Versicherungsträgern auf ärztlichen Antrag eingewiesen wurden. Nicht selten ist ihnen das Elternhaus verschlossen. In der Regel ist ihre frühere Stellung bereits anderweitig besetzt. Auch daß über ihr bisheriges Obdach verfügt wird, gehört zu den alltäglichen Vorkommnissen und ist durch die Wohnungsnot verständlich. So stehen sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus größtenteils obdach- und ganz mittellos da, ein Opfer für die verschiedensten Versuchungen. Die Erfahrung, für die das Aktenmaterial der Frankfurter Beratungsstelle für Frauen und Mädchen vielfache Belege liefert, lehrt, daß ein be-

trächtlicher Teil dieser eben aus dem Krankenhaus Entlassenen der öffentlichen oder geheimen Prostitution anheimfällt. Hier muß eine Fürsorge einsetzen, die zwar das gesundheitliche Gebiet nicht außerr acht läßt, besonders aber die soziale Seite betrifft. Diese Notwendigkeit wurde kürzlich auch von einer amerikanischen Ärztin anerkannt. Dr. V. Parker schreibt (Southern Med. Journ. Febr. 1922, S. 128): „Es entspricht den Tatsachen, daß wenig getan wird, um in die persönliche Lebensgeschichte des Mädchens oder der Frau (gemeint sind wegen Geschlechtskrankheit im Krankenhaus Befindliche) einzudringen, um festzustellen, wie die ehemalige Umgebung aussah und wie die zukünftige Lage des Falles sein mag. Wir halten es für unbedingt notwendig, eine Sozialbeamtin in den Kliniken anzustellen, welche die Vergangenheit feststellt und ein Interesse an der zukünftigen Lage des Falles nimmt, die nach einer Umgebung und nach Einflüssen sucht, die dazu verhelfen, das Mädchen zu halten, wenn sie entlassen wird, anstatt daß sie in das alte Leben zurückgleitet." — Aber auch nicht im Krankenhaus behandelte Frauen und Mädchen sind oft in großer Not. Es gilt auch hier, Vorurteile zu beseitigen, bisweilen Verzweiflungsschritte zu verhüten, Gefährdete aber in Obhut zu nehmen; Ansteckungen müssen verhindert werden, eine besonders wichtige Aufgabe, wenn man bedenkt, wie lange die Syphilis, der Tripper, ohne wesentliche Erscheinungen zu machen, infektiös bleiben können. Durch persönliches Eingehen auf die Erkrankten läßt sich manches erreichen, was ausgeschlossen ist, wenn nur das Augenmerk auf die Krankheit allein gerichtet ist.

Die Erwägung, in erster Linie den geschlechtskranken Frauen und Mädchen in ihren gesundheitlichen, seelischen, wirtschaftlichen, sozialen Nöten beizustehen, führte in Frankfurt a. M. zur Gründung der Beratungsstelle für Frauen und Mädchen, die im März 1918 auf Veranlassung der vom Verband der Frauenvereine gebildeten Kommission zum Studium der Sittlichkeitsfrage ins Leben trat. Sie wurde zunächst vom städtischen Wohlfahrtsamt übernommen (jetzt untersteht sie dem Stadtgesundheitsamte). Der von den Außenstehenden vielleicht falsch gedeutete Name wurde deshalb gewählt, weil in Frankfurt die von der Landesversicherungsanstalt im Verein mit der Ortskrankenkasse im gleichen Jahre gegründete Fürsorgestelle für Geschlechtskranke, die auf den Namen „Beratungsstelle" Anspruch gehabt hätte, unter der Bezeichnung Geschäftsstelle für öffentliche Gesundheitsfürsorge geführt wird. Zuerst von einer Fürsorgerin geleitet, gewann die

neue Einrichtung allmählich an Ausdehnung, so daß jetzt drei Sozialbeamtinnen angestellt sind. An der Hand der Tätigkeit der Beratungsstelle soll nun im folgenden die Frage der sozialen Fürsorge für Geschlechtskranke behandelt werden. Die Betrachtung schließt mit Ende des Jahres 1921 ab und betrifft 1200 Fälle, die sich auf den Zeitraum von 3 Jahren und 10 Monaten verteilen. Die meisten Einweisungen erfolgten, der oben gekennzeichneten Aufgabe entsprechend, durch diejenige Fürsorgerin, der als besonderes Arbeitsgebiet die Krankenhäuser anvertraut waren. Während die Vermittlung mit der Außenwelt im übrigen Bereich der Krankenhäuser in den Händen einer besonderen sozialen Krankenhausfürsorge liegt, besucht die Fürsorgerin der Beratungsstelle ausschließlich diejenigen Abteilungen, auf denen weibliche Geschlechtskranke liegen; sie sucht Fühlung mit den Insassinnen zu bekommen, wird von Ärzten, Schwestern oder Kranken auf solche Fälle, die der Hilfe bedürfen, aufmerksam gemacht, oft aber auch von den Kranken selbst um Rat gebeten. Die Prostituiertenabteilungen bleiben aus dem Spiel; eingeschriebene Dirnen kommen für die Art der Fürsorge, wie sie die Beratungsstelle treibt, nicht in Betracht. Auf sie ist die Beratungsstelle nicht eingestellt. Sie zur Arbeit zu veranlassen, ist ein aussichtsloses Beginnen. Schneider[1]) konnte unter 70 Fällen von kontrollierter Prostitution kaum einmal mit Wahrscheinlichkeit feststellen, daß Mädchen nach der ersten Unzucht eine nennenswerte Zeit wieder solide gewesen wären. Die Dirnen sind sich auch des Häßlichen, das in der Prostitution liegt, gar nicht mehr bewußt; eine Prostituierte äußerte in der Beratungsstelle: „Schamgefühl besitzen wir nicht mehr. Das verliert sich, wenn man das erstemal wegen Übertretung der Vorschriften im Gefängnis sitzt.“ Doch wird auch eingeschriebenen Dirnen, wenn die Anregung dazu von ihnen ausgeht, Hilfe gebracht. 483 = 40,25 Proz. der Fälle wurden durch die Krankenhäuser eingewiesen. In 20,9 Proz. (= 251 Fälle) waren städtische Ämter die Veranlassung zur Meldung; das Jugendamt steht an ihrer Spitze (96 Einweisungen): durch die unehelichen Kinder kommt besonders die Abteilung Sammelvormundschaft in Berührung mit deren Müttern, lernt ihre Nöte kennen und hat so Gelegenheit, die geschlechtskranken oder sonst gefährdeten Mädchen dorthin zu senden, wo ihnen geholfen werden kann. Auch das

[1]) Studien über Persönlichkeit und Schicksal eigeschriebener Prostituierten. Berlin 1921. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. Kriminalpsych. Heft 3.

Wohlfahrtsamt (78 Einweisungen) ist in ähnlicher Lage: die Beamten seiner den Außendienst wahrenden Kreisstellen haben Einblick in die Familienverhältnisse, sehen das Elend, das durch Geschlechtsleiden hervorgerufen wird, und können versuchen, Abhilfe zu schaffen; das Wohlfahrtsamt schickt im Gegensatz zum Jugendamt, das mit unehelichen Müttern zu tun hat, vorwiegend verheiratete Frauen in die Beratungsstelle. Das dem Wohlfahrtsamt angegliederte Mädchenschutzhaus, von dem später noch die Rede sein soll, sandte 26 Hilfsbedürftige; die Kriegsfürsorgeämter wiesen 16 Fälle ein, die Schulpflegerinnen, die ebenfalls Gelegenheit haben, die Wunden, die durch die Geschlechtsleiden geschlagen werden, zu sehen, 9, die städtische Rechtsschutzstelle, in der manch ein infiziertes Mädchen sich nach der Berechtigung von Schadenersatzansprüchen, manch eine angesteckte Frau nach der Möglichkeit einer Trennung von ihrem Manne erkundigt, 6, das Stadtgesundheitsamt, in dessen Händen die vertrauensärztliche Tätigkeit im Bereich der anderen sozialen Ämter liegt, sowie der städtische Hauspflegeverein je 4, Arbeits-, Wohnungsamt, Schwangerenfürsorge je 3, die städtische Hilfskasse 2, die Trinkerfürsorge 1. Von Ärzten wurden 109 Frauen und Mädchen = 9 Proz. geschickt. Dabei muß erwähnt werden, daß im Gegensatz zu den Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt die Beratungsstelle für Frauen und Mädchen die Meldungen der Ärzte nicht honoriert. Die Reklame, die sich auf Plakate in öffentlichen Dienststellen, die gelegentliche Verteilung von Flugblättern mit kurzem Hinweis (jetzt nicht mehr üblich!), auf gelegentliche Zeitungsartikel, schließlich auch auf die Propaganda gelegentlich der vom Dresdner Nationalhygienemuseum vorgeführten Wanderausstellung beschränkte, zog 93 Fälle = 7,8 Proz. heran. Es ist psychologisch von besonderem Interesse, daß von 71 sich für geschlechtskrank haltenden Personen, die sich später als gesund erwiesen, 26 = 36,6 Proz., also etwa 5 mal so viel als alle zusammen genommen, durch Reklame zum Kommen veranlaßt wurden, woraus hervorgeht, daß öffentliche Ankündigungen auf Ängstliche besonders wirken. Da es aber auch unbedingt zu den Aufgaben der Fürsorge gehört, vermeintlich Kranke über die Natur ihres Leidens aufzuklären und sie zu beruhigen, kann von unserer Seite aus der völligen Ablehnung der Reklame durch Behörden wie die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, die dadurch eine ungünstige Beeinflussung des Besuches befürwortete, nicht beigetreten werden. 54 Fälle = 4,5 Proz. kamen auf Veranlassung anderer Besucherinnen der Be-

ratungsstelle, ein Zeichen für das Vertrauen, das ihr entgegengebracht wurde. In letzter Zeit mehrten sich auch die Fälle, in denen Eltern oder Vormünder (22), Arbeitgeber (7), der Bräutigam (2) sich hilfesuchend an die Beratungsstelle wendeten (im ganzen 31 Fälle = 2,6 Proz.). Der Mutterschutz schickte 27 (= 2,3 Proz.), auswärtige Beratungsstellen oder Pflegämter 25 (= 2,1 Proz.), darunter 12 das Wohlfahrtsamt Coblenz, das auf Anordnung der amerikanischen Besatzungsbehörde die in dem von ihr ins Leben gerufenen Geschlechtskrankenhause Bendorf behandelten Mädchen in ihre Heimat befördern muß, die Geschäftsstelle 21 (= 1,8 Proz.). Weitere Einweisungen geschahen durch die Zentrale für private Fürsorge (14), durch Fabrikpflegerinnen (10), durch die Schutzpolizei (8 als Infektionsquelle von Polizeibeamten angegebene Mädchen), Stadtmission (Unterkunft für evangelische Mädchen = 7), Polizeifürsorgerinnen (7), Krankenkassen, Verein zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr (je 3), militärische Behörden, Gemeindeschwestern, Kinderschutz (je 2), durch andere Stellen 9, während in 15 Fällen die Angaben über die einweisende Stelle lückenhaft waren.

Bei den direkt aus dem Krankenhause in die Hände der Beratungsstelle übergehenden Pfleglingen stellte sich die Verbindung von selbst her. Die Krankenhausfürsorgerin hatte bereits alles vorbereitet. Anders liegt es bei denen, die von einer anderen Stelle schriftlich oder telephonisch (dieser Weg wird wegen der möglichen Indiskretion nicht gern gesehen) gemeldet sind. Wenn die Umstände es gebieten, es sich z. B. um eine Familienmutter handelt, die nur unter Schwierigkeiten das Haus verlassen kann, oder um eine ans Zimmer gefesselte Kranke, findet ein Hausbesuch statt. Der gewöhnliche Weg ist aber der der schriftlichen Bestellung, die sich eines Formulars bedient, das am Kopfe die Firma „Stadtgesundheitsamt. Beratungsstelle für kranke Frauen und Mädchen" trägt und die Bitte um den Besuch in einer der angegebenen Sprechstunden enthält, unter der Hinzufügung, daß „wir mit Ihnen betr. einer für Sie wichtigen Angelegenheit Rücksprache nehmen müssen". Selbstverständlich wird die meldende Stelle der Gemeldeten nicht mitgeteilt.[1])

Der Zugang zur Beratungsstelle ist vollkommen unverfänglich. Die Fürsorgestellen der Landesversicherungsanstalt sind mit Vorliebe in den Gebäuden der Versicherungsämter, der Ortskranken-

[1]) Die Formulare werden selbstverständlich verschlossen geschickt. Der Umschlag trägt keinen Absenderaufdruck.

kassen, der städtischen Ämter untergebracht, und wenn eine Hautklinik oder ein Krankenhaus dazu verwendet ist, dann ist gewöhnlich der Eingang von dem der übrigen Patienten gänzlich getrennt. Die hiesige Beratungsstelle für Frauen und Mädchen hat ihre Diensträume in einem Privathause; das nach der Straße zu angebrachte Schild ist völlig unverdächtig und läßt nicht ahnen, daß es sich um eine Fürsorge für Geschlechtskranke handelt. Das Wartezimmer dient zugleich dem städtischen Hauspflegeverein, der Familien, deren Hausfrau erkrankt ist, mit Aushilfen versorgt. Bei der Aufnahme des den Akten zugrunde liegenden Fragebogens muß man mit besonderer Vorsicht zu Werk gehen, wenn man Wert darauf legt, zuverlässige Angaben zu erhalten. Es handelt sich oft um heikle Fragen, deren Erörterung erfordert, das irgendwelche Vorurteile seitens des Pfleglings nicht mehr bestehen. Die Fürsorgerin muß ganz allmählich vorgehen. Bei vielen der zum großen Teil psychopathisch veranlagten Frauen und Mädchen löst ein zu lebhaftes Fragen nur eine Neigung zum Lügen aus. Daher wird das Formular auch gewöhnlich nicht beim ersten Besuch ausgefüllt, sondern allmählich ergänzt. Außer den üblichen die Person betreffenden Ermittlungen werden Aufzeichnungen gemacht über die Schulbildung, Wohnung, Zimmer- und Bettenzahl, den Mietpreis, über etwaige Aftermieter, über Beruf und Arbeitgeber, den Verdienst, die Krankenversicherung, über Symptome, ärztliche Behandlung, die Infektionsquelle; es wird ermittelt, ob der Pflegling in Fürsorge gestanden hat oder sonst amtlich bekannt ist, ob und wo die Eltern leben, wieviel Geschwister vorhanden, wie die häuslichen Verhältnisse beschaffen sind. Bei Verheirateten sind auch Angaben über Alter, Beruf und Gesundheitszustand des Ehegatten zu machen. Die Kinder werden nach Namen, Alter registriert; ihr Gesundheitszustand, die ärztliche Behandlung, auch ihre Unterkunftsverhältnisse werden festgestellt. Bei unehelichen Kindern sind die Feststellung des Kindesvaters, die Angabe des Vormunds und der Alimentationsverhältnisse von Wichtigkeit.

Der Grund der Einweisung bestand in den weitaus meisten Fällen (1052 = 87,7 Proz.) in einer Geschlechtskrankheit. Nur in 71 von ihnen = 6,8 Proz. war der Verdacht einer solchen unbegründet; es lag ein harmloser Ausfluß vor, oder Blutarmut, oder Tuberkulose, einmal auch Blasenkrebs, oder Hautausschläge, Ekzem, Furunkulose, Krätze. In 61 Fällen = 5,8 Proz. konnte eine einwandfreie Feststellung nicht vorgenommen werden, weil die Erkrankte sich weiteren Ermittlungen entzog. 463 Fälle = 43,8 Proz.

der zweifellos Geschlechtskranken betrafen Syphilis, 299 = 32,4 Proz. Gonorrhoe, 131 = 14,2 Proz. beide Krankheiten, während weicher Schanker 4 mal, gemeinsam mit einer der beiden anderen Krankheiten 6 und alle drei Krankheiten zusammen 2 mal vorkamen. Das Verhältnis ist etwas anders als bei den Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten, bei denen 1920 in 51,4 Proz. Syphilis und in 26,8 Proz. Tripper festgestellt wurden. Diese Zahlen beziehen sich auf beide Geschlechter. Die niedrigere Ziffer des Trippers wird, abgesehen davon, daß das große Publikum ihn immer noch als harmlose Erkrankung betrachtet, die gar nicht einer Meldung bedarf, zweifellos auch dadurch beeinflußt, daß frischer Tripper bei einzelnen Landesversicherungsanstalten, z. B. der der Rheinprovinz, von der Fürsorge der Beratungsstellen von vornherein ausscheidet. Bei der sozialen Fürsorge für das weibliche Geschlecht ist es nicht angebracht, irgendwelche Beschränkung vorzunehmen, bleibt doch die Gonorrhöe immerhin noch sehr oft unbeachtet; der oft als einziges Symptom auffallende Ausfluß wird nur zu gerne als harmlos aufgefaßt. In den Fällen, in denen Tripper und Syphilis gemeinsam auftreten, ist fast immer die Syphilis diejenige Krankheit, die den Kranken beunruhigt, während der Tripper dann nebenbei festgestellt wird. In einzelnen Fällen war die Syphilis älteren Ursprungs. Infolge der Ausstellung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kam eine 51 jährige Frau mit Hauterscheinungen, die bisher als lupös aufgefaßt waren; die spezialärztliche Untersuchung stellte Syphilis fest. Sie war vor 10 Jahren von ihrem damaligen Verlobten infiziert worden.

Nicht ganz leicht ist die Feststellung der Ansteckungsquelle. Oft werden irreführende Angaben gemacht. 755 Infizierte = 71,7 Proz. konnten die Namen des Ansteckenden und seine Adresse angeben; in 68 Fällen hatte jener sich, meist um Konsequenzen aus dem Wege zu gehen (oft lag Schwängerung vor!), entfernt; 78 mal konnte keinerlei Auskunft gegeben werden. 181 mal kam der Ehemann in Betracht. Eine nicht geringe Rolle spielten diejenigen Ehemänner, die sich die Krankheit während der militärischen Dienstzeit geholt hatten. Ein Familienvater übertrug die so erworbene Syphilis auf Frau und 6 Kinder. Ein Ehemann hatte bei der Heirat gleich gesagt, daß er infolge seines Berufs als Reisender, der ihn fortwährend von einem Ort zum anderen führte, die eheliche Treue nicht halten könnte. Er ließ zwar vierteljährlich sein Blut untersuchen, steckte aber doch seine Frau an. In den übrigen Fällen waren Feststellungen nicht möglich,

nicht selten deshalb, weil jede Antwort verweigert wurde, oder weil ein falscher Name seitens des Infizierenden angegeben war. Es kam auch vor, daß eine Frau trotz vierteljährigen Verkehrs nur den Vornamen und die Nummer des Postschließfachs ihres Partners wußte. Sehr oft bildete bei den Mädchen der Bräutigam bzw. der ständig mit ihnen Verkehrende die Ansteckungsquelle. Wir finden in der Regel in diesen Fällen Männer, die der Bildungsstufe ihrer Partnerin entsprechen, eine Feststellung, die auch Schneider bei den Prostituierten machte. Ein anderes Bild ergibt sich bei denjenigen Ansteckungen, die nicht auf eine Erkrankung des legitimen oder illegitimen Partners, sondern auf eine besondere Gelegenheit zurückzuführen sind. Zunächst spielt die Macht des Geldes dabei eine große Rolle. 31 mal wurde ein Schleichhändler als Infektionsquelle angegeben, sehr oft auch ein valutastarker Ausländer: Amerikaner, Engländer, Franzose, Holländer, Spanier, auch Marokkaner und Pole. Ein Abhängigkeitsverhältnis wurde ausgenutzt in den Fällen, wo der Sohn der Dienstherrschaft, der Zimmerherr, ein Krankenhausarzt, Hotelgäste namhaft gemacht werden. In einem Falle wurden zwei Schwestern im Alter von 16 und 17 Jahren von einem Kaufmann in ein Wirtshaus geführt und dort traktiert; als es ans Bezahlen ging, erklärte sich jener nur unter der Bedingung der Hingabe seitens der Mädchen bereit, die Zeche zu tragen; er infizierte beide. Gemeinsame Arbeit war der Anlaß zum Verkehr in einem landwirtschaftlichen Betriebe. Daß auch das zufällige Treffen auf heimlichen Pfaden den ersten Anlaß bieten kann, geht aus der Angabe eines Mädchens hervor, daß bei einer Hamsterfahrt angesteckt wurde. Die Macht der in irgendeiner Hinsicht imponierenden Persönlichkeit wurde von Schauspielern und Artisten ausgenutzt. In einem Falle infizierte der einquartierte Feldwebel das Mädchen erst mit Tripper, beim nächsten Urlaub mit Syphilis. Sehr oft wurden äußere Mittel angewandt: zahlreiche Mädchen ließen sich durch ein Eheversprechen betören, wie z. B. eins, das von einem Soldaten, der verheiratet war und sechs Kinder hatte, angesteckt wurde. Das Eheversprechen war oft das Mittel verheirateter Männer, um ihre Opfer zu verführen. Einmal verbreitete ein Ehemann, abgesehen von seiner Frau, die Geschlechtskrankheit auf 4 Mädchen, denen er die Ehe versprochen hatte. Selbst wenn die Mädchen wußten, daß ihr Partner verheiratet war, ließen sich ihre Einwände in Dutzenden Fällen durch die Inaussichtstellung der Scheidung beschwichtigen. Außerordentlich oft wird ein alko-

holischer Rausch[1]) als Ursache angeführt; die Einladung zum Nachtessen, das Tanzvergnügen mit Schnaps- und Weingenuß, die Silvesterfeier, Hochzeiten, der Aufenthalt auf dem Juxplatz sind in den Angaben der infizierten Mädchen sich wiederholende Momente. Daß auch die Hypnose als Ursache des Sichselbstvergessens ins Feld geführt wird, liegt im Hang der Zeit zum Geheimnisvollen begründet. Oft wird Vergewaltigung angegeben, so beim Bedienen des Zimmerherrn seitens desselben, auf dem Felde seitens des mitarbeitenden Knechtes; wenn auch diese Angaben schon mit großer Vorsicht aufzunehmen sind, so muß die Erzählung von dem Unbekannten, der in der Dunkelheit das Mädchen verfolgt und überfallen hat, in der Regel auf größten Zweifel stoßen. Daß der Besuch eines Kinos, wie mehrfach berichtet wurde, zum geschlechtlichen Verkehr anregte, bedarf keiner Begründung. Die Wohnungsverhältnisse ergaben insofern einmal Gelegenheit zur Hingabe und zur auf sie zurückzuführenden Ansteckung, als den Anlaß dazu die Überraschung eines Mädchens, das sich in der Küche anzog, durch den in einem Nebengelaß wohnenden Mitbewohner bot. Mehrfach wird Verführung seitens einer Freundin, einmal auch Mangel an Aufklärung als Ursache angegeben. Daß die Infizierenden oft zu den minderwertigen Elementen gehörten, geht daraus hervor, daß 37 zur Zeit des Eintritts der Erkrankten in die Fürsorge im Gefängnis bzw. Zuchthaus sich befanden.

Nachweislich auf Angehörige übertragen wurde die Geschlechtskrankheit in 99 Fällen; 81 mal wurden Kinder infiziert, darunter einmal vier zu gleicher Zeit, 17 mal der Ehemann, einmal die Mutter, wobei zugleich mit ihr der Bruder, die Nichte und der Bräutigam der Erkrankten die Syphilis erwarben. Es ist aber anzunehmen, daß bei weitem mehr Fälle von Ansteckung Verwandter vorgekommen sind. Schwanger waren zur Zeit der Aufnahme 122 = 11,6 Proz. der Geschlechtskranken.

Es lag einmal in der Art und Weise der Propaganda der Beratungsstelle, daß, um nicht empfindliche Personen abzustoßen, nicht besonders darauf aufmerksam gemacht wurde, daß die Fürsorge in erster Linie Geschlechtskranken zugute kommen sollte, andererseits aber auch in der Unmöglichkeit, den Aufgabenkreis in irgendeiner Weise zu beschränken, begründet, daß auch aus anderen Gründen Einweisungen erfolgten. Von den hierher gehörigen 148 Fällen (12,3 Proz. der Gesamtzahl) wurden 65 wegen liederlichen Lebenswandels der Beratungsstelle zugeführt. Es

[1]) Kickh, Sexuelle und Alkoholfrage. Bonn 1920. Marcus & Weber.

handelte sich meist um psychopathische Frauen und Mädchen, die sehr schwierig zu behandeln waren und oft nur durch Unterbringung in einer Anstalt vor völligem Untergang zu bewahren waren. Wenn auch im Augenblick eine Krankheit nicht vorlag, so war die Ansteckungsmöglichkeit bei diesen Pfleglingen doch auf Schritt und Tritt gegeben. Eine bloße Gefährdung, ohne daß es bisher zu einem Geschlechtsverkehr oder zu einer Ansteckung gekommen war, lag 26 mal vor; vielfach war es die Umwelt, die hier verhängnisvoll zu werden drohte, wie in einem Falle, in dem die Tochter keine Ruhe vor dem Vater hatte, oder in einem anderen, in dem die Mutter infolge der engen Wohnverhältnisse von ihrem frühreifen 14 jährigen Sohn derartig belästigt wurde, daß sie Hilfe suchen mußte.

Moralische Minderwertigkeit war in drei Fällen der Anlaß zur Fürsorge. Einmal führte der Druck eines Erpressers ein Mädchen zur Beratungsstelle. Schwangerschaft war 17 mal der Grund zum Kommen; zwei Mädchen waren deswegen von den Eltern verstoßen, bei zwei andern war der Zustand durch epileptische Krämpfe kompliziert. 2 Mütter wandten sich infolge ihrer durch 11 bzw. 13 Schwangerschaften hervorgerufenen Erschöpfung an die Beratungsstelle, 3 uneheliche Mütter wegen wirtschaftlicher Nöte. Wegen ihres Arbeitsunwillens und der daraus entspringenden Vernachlässigung ihrer Pflichten gegenüber den Angehörigen wurden 6 Frauen und Mädchen eingewiesen. In 22 Fällen endlich bestand irgendeine familiäre Notlage, gewöhnlich darauf beruhend, daß der Mann sich seiner Unterhaltungspflichten entzog, oder daß er seine Frau roh behandelte, oder ein Trinker war.

Ein charakteristisches Bild von den Schützlingen der Beratungsstelle ergibt sich, wenn man sie nach Berufen ordnet. Wie der Hausangestelltenberuf stets als einer der gefährdetsten galt und besonders zur Rekrutierung der Prostitution wesentlich beiträgt, so steht er auch hier obenan, wobei bemerkt werden muß, daß auch Hotelangestellte, die eine Sonderstellung unter dem Hauspersonal einnehmen, mit gerechnet sind.

Hausangestellte	326	=	27,2	Proz.
Arbeiterinnen	188	=	15,8	"
Ehefrauen ohne Beruf	166	=	13,8	"
Kontoristinnen	67	=	5,6	"
Gastwirtschaftsangestellte	43	=	3,6	"
Verkäuferinnen	29	=	2,4	"
Schneiderinnen	27	=	2,3	"
Näherinnen	21	=	1,8	"

Putzfrauen	19 =	1,6	„
Postangestellte	17 =	1,4	„
Büglerinnen	15 =	1,3	Proz.
Lageristinnen	11 =	0,9	„
Modistinnen	8 =	0,7	„

Von sonstigen Berufen waren der der Händlerin, der Prostituierten durch je 6, der Artistin durch 6, Schaffnerin, Krankenpflegerin je 4, Kinoangestellte, Friseuse je 3, Blumenbinderin, Tänzerin, Stickerin, Laborantin, Choristin, Kindergärtnerin je 2, Wäscherin, Stepperin, Statistin, Schauspielerin, Kassiererin, Einlegerin, Modell, Kolporteurin, Schlachthofangestellte, Lehrerin, Zeitungsträgerin, Apothekengehilfin, Bademeisterin, Kartenschlägerin je 1 mal vertreten. Es sei hier angefügt, daß nach Bonhoeffer[1]) von 190 Dirnen 72 Dienstmädchen und 37 Arbeiterinnen waren (= 37,9 bzw. 19,5 Proz).

Ohne Beruf waren 205 = 17 Proz. der Schützlinge. Frühere Prostituierte, die jetzt einen andern Beruf ergriffen hatten, wurden in 26 Fällen der Beratungsstelle überwiesen, ein Zeichen dafür, daß die ehemalige Dirne, selbst wenn es ihr gelingt, sich einen andern Beruf zu verschaffen, doch nicht von ihrem früheren Lebenswandel loskommt. Stellungslos waren zur Zeit der Aufnahme von den berufstätigen 995 Frauen und Mädchen 394, also 39,6 Proz., ein Zeichen dafür, daß die Ansteckung in vielen Fällen Arbeitslosigkeit bedingt, oder daß, umgekehrt, die Arbeitslosigkeit oft Anlaß zu einer Infektion gibt.

Dem Alter nach gehörten bei weitem die meisten der Schützlinge der Gruppe von 18—23 Jahren (589 = 51,9 Proz.) an. Unter 18 Jahre alt waren 54 = 4,7 Proz.; von ihnen standen 33 im Alter von 17,9 im Alter von 16,7 waren 15, je eine 14, 13 und 4, zwei 6 Jahre alt. Es waren alt: 24—29 Jahre 267 = 23,5, 30—35 112 = 9,9 Proz., 36—41 73 = 6,4, 42—65 40 = 3,6 Proz. Nicht festgestellt wurde das Alter bei 65.

Ledig waren 884 Pfleglinge = 73,7 Proz. Von ihnen aber hatten 174 = 39 Proz. Kinder, wodurch die Aufgaben der Beratungsstelle nicht vereinfacht wurden. 229 Mädchen hatten je eine, 34 je 2, 6 je 3, 2 je 4, 2 je 5 und eine uneheliche Mutter 6 Entbindungen hinter sich. Von den 316 verheirateten Frauen (= 26,3 Proz.) hatten 250 = 79,1 Proz. geboren, und zwar 99 je 1, 73 je 2, 31 je 3, 17 je 4, 12 je 5, 6 je 6, 4 je 7, 3 je 8, 3 je 9, 1 11, 1 13 mal.

[1]) Zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabundentums. Zeitschr. f. d. ges. Strafr. XXIII. S. 106. 02.

Von den 1200 Pfleglingen hatten also im ganzen 590 = 49,1 Proz. geboren. Von den verheirateten Frauen waren geschieden oder lagen in Scheidung 46.

Die Versuche, über die Veranlagungen der Schützlinge Feststellungen zu machen, ergaben zwar keine lückenlosen Ergebnisse, aber doch verwertbare Anhaltspunkte. Vielfach konnten über die Familienverhältnisse bestimmte Angaben nicht gemacht werden, vielfach aber mußte man mit derartigen Ermittlungen warten, bis man vertrauter mit den einzelnen Personen geworden war. Irgendwelches Aktenmaterial, aus dem man schöpfen konnte, lag nur ausnahmsweise vor. Eine Familienbelastung ergab sich zweifellos in 42 Fällen: (= 3,5 Proz.) oft waren beide Eltern oder ein Teil von ihnen Trinker (zur Zeit der Zeugung), oder triebhaft, oder in irgendeiner Weise psychisch minderwertig. 60 der Pfleglinge waren unehelich geboren (= 5 Proz.). 6 gaben zu, daß sie aus der vierten, bzw. dritten Volksschulklasse entlassen waren, 6, daß sie die Hilfsschule besucht hatten. In 259 Fällen (= 21,6 Proz.) ließ sich eine psychische Minderwertigkeit feststellen. 6 mal wurde Epilepsie verzeichnet, 2 mal geschlechtliche Perversität. 4 Mädchen waren ausgesprochene Trinkerinnen, eine zweifellos viel zu geringe Zahl; doch war man in dieser Beziehung auf die Angaben der Mädchen angewiesen. Man kann wohl annehmen, daß die meisten Mädchen dem Alkoholgenuß nicht abhold waren, wenn sich die Gelegenheit dazu bot. Die Psychopathie trat meist auch als Willensschwäche in Erscheinung, die einmal ihren Ausdruck in einer Widerstandlosigkeit gegen geschlechtliche Versuchungen, andererseits aber auch in einer solchen gegen Genußmittel wie den Alkohol fand. Mit der Willensschwäche und dem Unvermögen, gegen Versuchungen aller Art anzukämpfen, hängt auch zusammen, daß 68 der Schützlinge vorbestraft (= 5,6 Proz.) waren, meistens wegen Eigentumsvergehen. Unter den Besucherinnen der Beratungsstelle fanden sich 48 ehemalige Fürsorgezöglinge (= 4 Proz.). Auch diese Zahl dürfte der wirklichen nicht entsprechen, weil sicherlich von manchen Mädchen eine diesbezügliche Angabe ausweichend beantwortet wurde. In 109 Fällen (= 9 Proz.) waren (die bisher erwähnten Fälle bleiben dabei außer acht), die Erziehungsverhältnisse ungünstig, ein Umstand, der ebenfalls dazu beitrug, manches Mädchen auf die schiefe Bahn zu treiben. Die Unehelichkeit der Geburt spielt dabei keine Rolle, denn in zahlreichen Fällen erfreuten sich gerade die unehelichen Kinder einer außerordentlichen Sorgfalt seitens ihrer

Mütter; zwei in Fürsorge stehende Prostituierte blieben nach ihrer Angabe nur deshalb in ihrem Beruf, um die für die Erziehung ihrer Kinder nötigen Mittel herbeizuschaffen. Ungünstige Erziehungsverhältnisse lagen in der Regel bei großer Geschwisterzahl vor. Einzelne Schützlinge stammten, soweit sich das feststellen ließ, aus Familien mit 6 (12), 7 (9), 8 (5), 9 (5), 10 (5), 11 (5), 12 (1) und 13 (1) Kindern; ein Mädchen hatte 5 eheliche und 7 uneheliche Geschwister, ein andres lebte als Waise mit 6 Stiefgeschwistern zusammen. Vielfach fehlte eine Harmonie zwischen den Eltern. Oder der Vater war arbeitsscheu und kümmerte sich nicht um die Familie, war ein Schwächling, ein Verbrecher; ein Vater nahm in Gegenwart seiner Kinder fremde Mädchen mit sich ins Zimmer, ein andrer suchte die Tochter zu vergewaltigen. In einem Falle war der Vater vorbestraft, die Mutter Angestellte eines Bordells; in einem andern ging die Mutter und in einem dritten außer ihr noch zwei Schwestern der Prostitution nach, während das Kind im Hause war. Oft lagen die Erziehungsverhältnisse für Halb- oder Vollwaisen ungünstig. In einem Falle war die Mutter Deutsche, der Vater Neger; das aus dieser Verbindung stammende Kind wurde in Amerika geboren. In seinem 9. Jahre starb die Mutter; der Vater heiratete eine Tierbudenbesitzerin. Das Kind mußte nun zwischen wilden Tieren tanzen. Sie fühlt noch in späteren Jahren die dabei ausgestandene Angst nach. Die Stiefmutter behandelt sie schlecht. Als sie 15 Jahre alt war, band ihr der Vater die Hände und vergewaltigte sie. Von Freunden wurde sie den Eltern entzogen; nachdem sie auf deren Kosten zwei Jahre in Leipzig auf dem Konservatorium in der Musik ausgebildet war, fiel sie wieder dem Vater in die Hände, der sie mit Syphilis infizierte. Sie entfloh und kam dann als Küchenmädchen in einem Frankfurter Kaffee unter; während ihrer hierauf folgenden Behandlung im Krankenhaus wurde die Beratungsstelle auf sie aufmerksam.

Es kam auch vor, daß Kinder direkt von ihren Eltern verkuppelt wurden. Eine, wie es sich später herausstellte, geisteskranke Mutter zwang ihre 16- und 17jährigen Töchter, sich ihrem Liebhaber, der, weil jünger als sie, ihrer überdrüssig geworden war, hinzugeben, die eine wurde geschwängert; später durften dann die Mädchen nachts nicht ohne eine gewisse Summe nach Hause kommen. Nicht viel andres als Kuppelei ist es, wenn Eltern ein 17jähriges Mädchen zur Heirat zwingen, um sie los zu werden; nach kurzer Zeit war sie eheverlassen und infiziert.

Schon diese Übersicht zeigt, ein wie schwieriges Menschenmaterial in der Beratungsstelle zusammenkommt, und wieviel Widerstände bisweilen zu überwinden sind, ehe es gelingt, das Vertrauen der Schützlinge zu gewinnen; es wird auch verständlich, daß nur ein ganz individuelles Eingehen auf sie zu irgendeinem Ergebnis führen kann. Die Art und Weise der Fürsorgemaßnahmen läßt eine Einteilung der Schützlinge in drei verschiedene Klassen zu. Zur ersten gehören diejenigen, die bei einer Gelegenheit sich hingegeben haben und dabei angesteckt, womöglich geschwängert sind. Im allgemeinen wird bei ihnen die Gefahr des Abgleitens nur durch äußere Verhältnisse bedingt. Hält der Verlobte treu zu ihnen, so ist nichts zu befürchten. Oft genügt es, ihnen eine hilfreiche Hand hinzuhalten, um sie zu retten. Die hierher gehörigen Mädchen sind bei weitem in der Minderzahl. Für die Fürsorge stellen sie die leichtesten Fälle dar, die in der Regel zu einem günstigen Abschluß kommen. Zur zweiten Klasse gehören solche, die geschlechtlichen Versuchungen leicht erliegen und daher unbeständig in ihrer Zuneigung sind. Wenn sie nicht in die richtigen Hände kommen — und das geschieht außerhalb der Fürsorge nur selten — gleiten sie ab, so daß sie die eigentlich Gefährdeten darstellen. Alle Hindernisse müssen ihnen aus dem Wege geräumt werden. Es sind in der großen Mehrzahl willensschwache Personen, die leicht durch die Umwelt und durch ungünstige Verhältnisse, unter denen die Ansteckung mit einer Geschlechtskrankheit an erster Stelle steht, abwärts getrieben werden, aber doch oft, wenn auch erst nach langen Mühen, gerettet werden können. Da sie die Hauptgefahr für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten bilden, muß ihnen eine erhöhte Aufmerksamkeit zuteil werden. Unter normalen Verhältnissen waren sie nicht so gefährdet und gefährdend als jetzt; das überstürzte Leben, das leichte Verdienen, das zumal die Jugendlichen in den Besitz größerer Geldsummen setzt, die reichliche Freizeit, die Art der Vergnügungen, die durch schlüpfrige Schaustellungen auf Bühne und weißer Wand und durch die Überschwemmung mit alkoholischen Getränken in konzentrierter Form besonders charakterisiert ist, haben Versuchungen in übergroßer Zahl für beide Geschlechter im Gefolge und erfordern daher mehr Opfer. Aus willensschwachen Personen setzt sich der größte Teil der Schützlinge der Beratungsstelle zusammen. Die Fürsorge für sie stellt große Ansprüche an die Beamtinnen, denn sie müssen bei Anwendung der verschiedensten Fürsorgemaßnahmen, besonders aber

unter peinlichstem psychologischen Eingehen auf ihre Gemütsverfassung oft jahrelang in Obhut bleiben, weil die Gefahr des Abgleitens stets im Hintergrunde steht. Die dritte Klasse besteht aus ausgesprochenen Psychopathen, die sich hemmungs- und wahllos hingeben. Ihre Rettung bzw. dauernde Unschädlichmachung ist in der Großstadt nicht möglich. Das Milieu reißt sie, auch wenn die besten Absichten vorhanden sind, mit unfehlbarer Sicherheit infolge der unablässigen Versuchungen immer wieder ins alte Leben hinein. Sie an regelmäßige Arbeit zu gewöhnen, ist in der Stadt ausgeschlossen. Das können sie nur in einer ländlichen Arbeitslehrkolonie lernen. Die hierher gehörigen Schützlinge müssen, solange sie gemeingefährlich sind, und das sind sie nicht nur in dem Sinne, daß sie Geschlechtskrankheiten verbreiten, sondern auch in dem Sinne, daß ihr Beispiel von übelstem Einfluß sein kann, unschädlich gemacht werden; das kann auf die Dauer aber nur durch geschlossene Fürsorge geschehen. Es ist im Interesse der andern Klassen angehörigen Schützlinge nicht möglich, den letztgenannten gerecht zu werden. Da die zweite und dritte Klasse nur dem Grade nach verschieden sind, ist man oft im Zweifel, welcher der Schützling angehört. So kommen manche Mädchen in die Fürsorge, die in Wirklichkeit zwar aussichtslos sind, aber doch noch eines Versuches mit offener Fürsorge wert zu sein scheinen. Erst die jahrelange Erfahrung vermochte das Urteil der Fürsorgerinnen zu schärfen.

Über die Tätigkeit der Beratungsstelle wird man sich ein Bild an der Hand einer Übersicht über die Maßnahmen machen können, die erforderlich waren. Was zunächst die gesundheitliche Fürsorge betrifft, so wurde sie, abgesehen von den Fällen, die aus Zweckmäßigkeitsgründen der Geschäftsstelle übergeben waren, schon aus dem Grunde, um die Fürsorge zu konzentrieren, nicht von der sozialen getrennt. Die Anfragen über die Kranken bei den behandelnden Ärzten zählen nach Tausenden. Sie wurden telefonisch und schriftlich, nur selten mündlich erledigt. Die Formulare haben den Wortlaut: „Wir bitten um gefällige Auskunft, ob sich . . ., wohnhaft . . ., geboren . . . (Mitglied d. Allg. Ortskrk., auf Kosten des Wohlfahrtsamtes), an . . . erkrankt, in Ihrer Behandlung befindet und ob sie Ihren Anordnungen pünktlich Folge leistet.“ Die Ergebnisse der Anfragen, die gewöhnlich urschriftlich erfolgen, bilden die Grundlagen für das weitere Vorgehen. Erschwerend wirkte, daß zuweilen, wohl aus dem Grunde, den Nachforschungen zu entgehen, aber auch wohl deshalb, weil

die Anordnungen des bisherigen Arztes nicht befolgt waren, ein Arztwechsel stattfand. Die Beziehung zum Wohlfahrtsamt, dem die Beratungsstelle zwei Jahre lang unterstellt war, erleichterte die ärztliche Versorgung. War es nötig, eine nicht versicherte Kranke, die mittellos dastand, wie schon erwähnt, ein fast regelmäßiges Vorkommnis, der Behandlung bzw. Wiederbehandlung zuzuführen oder sie auf ihre Ansteckungsfähigkeit untersuchen zu lassen, so genügte die Ausstellung eines Zuweisungsscheines seitens des Wohlfahrtsamtes, der nicht auf einen bestimmten Arzt lautete, sondern freie Arztwahl auch unter den Spezialisten zuließ, um das Erforderliche zu erreichen. Irgendeine Beeinflussung wurde in dieser Beziehung nicht vorgenommen; die Zahl der in Betracht kommenden Ärzte ist immerhin beschränkt. Wenn die Kranke einen in ihrer Nähe wohnenden Arzt haben wollte, so wurden ihr die in Betracht kommenden vorgeschlagen, damit sie die Entscheidung treffen konnte. In 420 Fällen wurde die Behandlung bzw. Untersuchung durch das Wohlfahrtsamt vermittelt, in 16 Fällen anderweitig. In 14 Fällen waren wegen Unklarheiten in der Zuständigkeit Verhandlungen mit den Krankenkassen erforderlich. Machte die ärztliche Versorgung durch das Wohlfahrtsamt Schwierigkeiten, so fand in der Regel eine Überweisung an die Geschäftsstelle statt, um die derselben für Behandlungszwecke zu Gebote stehenden Mittel flüssig zu machen. Aber auch in denjenigen Fällen war die Hilfe der Geschäftsstelle nötig, in denen die Durchführung der Behandlung auf Widerstand seitens des Erkrankten stieß. Die Geschäftsstelle konnte in dieser Beziehung energischer vorgehen als die Beratungsstelle, zumal wenn es sich um Versicherte handelte. 345 geschlechtskranke Frauen und Mädchen machten einen Verkehr mit der Geschäftsstelle erforderlich. Irgendwelche Zwangsmaßregeln kann die Beratungsstelle naturgemäß nicht anwenden. Aber auch mit irgendwelchen Lockmitteln zu arbeiten, wie sie ja in der sozialen Fürsorge durchaus üblich sind (z. B. Stillprämien), war ihr nicht möglich. Kommen die bestellten Schützlinge nicht in die Sprechstunden, die zweimal wöchentlich vormittags und einmal nachmittags von 5—7 Uhr abgehalten werden, so erfolgt eine schriftliche Aufforderung, in der um mündlichen Bericht über das Ergehen gebeten wird. Fruchtet sie nichts, so wird die Aufforderung energisch wiederholt, wobei auf die unangenehmen Folgen des Nichterscheinens aufmerksam gemacht wird. Nötigenfalls wird die Meldung an die Sittenpolzei angedroht. Diese erfolgt auf direktem Wege dann, wenn eine

Zwangsbehandlung voraussichtlich nicht zu vermeiden ist, ferner aber in solchen Fällen, die der Sittenpolizei bereits bekannt sind. In allen anderen Fällen wendet sich die Beratungsstelle an die Geschäftsstelle, die einmal den Kreisarzt im Hintergrunde hat, der von der Beratungsstelle nur selten direkt in Anspruch genommen wird, andrerseits aber als letzte Instanz auch die Polizei. Während bei den Frauen, besonders bei den aufgegriffenen, die Einleitung der Zwangsbehandlung nicht selten ist und die Zwangsabteilungen im Krankenhause stets sehr besetzt sind, ist bisher die Androhung derselben bei Männern nur in seltenen Fällen in die Tat umgesetzt worden, wie ja die Männer bisher auch bei den polizeilichen Razzien geschont werden. Zuweilen entziehen sich die Erkrankten der Fürsorge, indem sie sich auf Grund eines Wohnungswechsels oder einer improvisierten Reise polizeilich abmelden. Es wurden in einzelnen Fällen bis zu 10 Anfragen und mehr an das Einwohnermeldeamt gerichtet; da erfahrungsgemäß sehr oft die unbekannt Abgemeldeten wieder an ihren alten Wohnort zurückkehren, werden die Anfragen, zu denen man sich besonderer Formulare bedient, in bestimmten Zwischenräumen wiederholt. Für die Ermittelungen wird auch die Polizeifürsorge, vertreten durch zwei Fürsorgerinnen, die im Polizeigefängnis, in das die bei Razzien aufgegriffenen Frauen und Mädchen eingeliefert werden, arbeiten, in Anspruch genommen (107 mal). Zuweilen ist durch sie eine befriedigende Auskunft zu erhalten, weil oft ein nicht gemeldetes Mädchen polizeilich sistiert wird. 53 Schützlinge, die nach auswärts gezogen waren, wurden unter Mitteilung des Tatbestandes den zuständigen Pflegeämtern oder Fürsorge- und Beratungsstellen überwiesen.

In unmittelbarem Zusammenhange mit der Behandlung der Geschlechtskrankheiten steht die Ausgleichung der gesundheitlichen Schäden, die als Folgen der mitunter sehr angreifenden Kuren auftreten und sich in einer mehr oder weniger starken Erschöpfung des Körpers äußern. In 11 Fällen konnte besonders Geschwächten ein Erholungsaufenthalt vermittelt werden. Einmal wurde für Ernährungszulage gesorgt. 7 in Behandlung stehende Familienmütter wurden durch Stellung von Hauspflegerinnen in ihren Haushaltssorgen entlastet; der städtische Hauspflegeverein stellt nicht nur den dort Versicherten, sondern auch den in der öffentlichen Wohlfahrtspflege stehenden Familien für 4 oder 8 Stunden täglich Aushilfen zur Verfügung. 25 Frauen und Mädchen waren gleichzeitig an Tuberkulose erkrankt; ihretwegen wurde die Ver-

bindung mit dem Verein zur Bekämpfung der Schwindsuchtsgefahr unterhalten, der in Frankfurt der Träger der Tuberkulosenfürsorge ist. Dem Verein für Blindenfürsorge wurden zwei Mädchen zur weiteren Fürsorge überwiesen.

Um den Pfleglingen eine eingehende soziale Fürsorge zuteil werden zu lassen, ist von vorneherein ein vorsichtiges Vorgehen notwendig. An erster Stelle ist die strenge Beobachtung der Schweigepflicht zu erwähnen. Im Verkehr mit anderen Behörden muß sie zuweilen durchbrochen werden. In solchen Fällen werden die Erkrankten darauf aufmerksam gemacht. Vielfach werden auch besondere Wünsche geäußert; so legen Mädchen, die bei ihren Eltern untergebracht sind, in vielen Fällen Wert darauf, daß von ihrer Verbindung mit der Beratungsstelle nichts verlautet; Hausbesuche werden dann nicht unternommen, und der Briefwechsel vollzieht sich unter Benutzung von Umschlägen, die jedes Hinweises auf die absendende Stelle entbehren, überhaupt keinen amtlichen Charakter zeigen, oder unter Vermittlung einer dritten Person. Unannehmlichkeiten können dann höchstens dadurch entstehen, daß solche Briefe von Unberechtigten, die sich dazu berechtigt fühlen, erbrochen werden. Da sie aber in der Regel nur die unverfängliche Aufforderung zum Kommen enthalten und auch sonst vorsichtig abgefaßt sind, zumal direkte Hinweise auf ein vorliegendes Leiden nach Möglichkeit vermeiden, so ist mit dem Offenbarwerden des Inhalts noch lange nicht auch das Geheimnis der Krankheit gelüftet. Ein Mißstand liegt zweifellos darin, daß vom hiesigen Wohlfahrtsamte aus die für die Behandlung vorgestreckten Kosten, sofern es sich um auswärtige Schützlinge handelt, von der Behörde des Unterstützungswohnsitzes eingefordert werden und dabei naturgemäß die Nennung des Namens der Erkrankten erfolgt; Verdacht erregt es nun schon, wenn die Rückfrage nach der Krankheit erfolgt und nun von hier aus das Amtsgeheimnis vorgeschützt wird. Es ist einigemal von Mädchen, für deren Zuständigkeit kleine Orte in Betracht kamen, darüber geklagt worden, daß infolge Indiskretion des Gemeindebeamten ungünstige Gerüchte sich verbreiteten. Es ist zu hoffen, daß die Festlegung des Unterstützungswohnsitzes bald eine neue gesetzliche Regelung findet und besonders die unglückliche Frist von einem Jahre durch eine bedeutend kürzere ersetzt wird. Im Verkehr mit den Ärzten entstanden durch das Bestehen des § 300 keinerlei Schwierigkeiten. In einem Falle wurde die Beratungsstelle von einem wegen Syphilis im Krankenhause liegenden Manne durch Vermittlung des behandelnden

Arztes gebeten, seiner Frau mitzuteilen, um was für eine Krankheit es sich handelte, und sie aufzufordern, sich ärztlich untersuchen zu lassen.

Die erste Forderung für die in die Fürsorge der Beratungsstelle tretenden Schützlinge besteht zumal für die, die eben als Genesene, öfter aber noch als Gebesserte und noch Ansteckungsfähige aus dem Krankenhaus entlassen waren, in der Unterbringung als einem Mittel, sie von der Straße fernzuhalten. Außerordentlich zu begrüßen ist in dieser Hinsicht das Vorhandensein eines städtischen Mädchenschutzhauses, das nur zum vorübergehenden Aufenthalt gefährdeter Frauen und Mädchen gedacht ist und besonders auch den Polizeipflegerinnen zur vorläufigen Einweisung aufgegriffener Mädchen dient. In einem ehemaligen freigelegenen Einfamilienhaus untergebracht vermag das Heim 20—25 Insassinnen aufzunehmen, die dort nur so lange bleiben, bis sie mit Hilfe der beiden Fürsorgerinnen, die das Haus beträuen, eine Stellung (meistens als Hausangestellte) gefunden haben; die Fürsorge und Überwachung erstreckt sich aber über den Aufenthalt im Heim hinaus. Wöchentlich einmal besucht ein Psychiater die Anstalt; seine Beobachtungen werden festgelegt, um gegebenenfalls später als Material für eine Entmündigung dienen zu können. Der Aufenthalt im Mädchenschutzhaus dient auch zur Beobachtung der Begabung und des Wesens; auf solcher Grundlage läßt sich dann eine passende Berufsberatung, ein Plan zur Regelung des Lebensweges aufbauen. Im Laufe des Jahres 1920 waren 287 Frauen und Mädchen im Schutzhaus vorübergehend untergebracht; von ihnen wurden 25 Proz. nach Verhandlung mit den Angehörigen ihrer Heimat zugeführt, 34 Proz. erhielten eine Arbeitsstelle zugewiesen, 12,7 Proz. mußten in Anstalten übersiedeln. Die Sichtung und Unterbringung der Mädchen ist nicht immer einfach. Unter den 1200 Fällen, die dieser Betrachtung zugrunde lagen, waren 167 im Mädchenschutzhaus. Es geht aus dem Vergleich dieser Zahlen, wobei bemerkt werden muß, daß die 287 Insassinnen des Mädchenschutzhauses sich auf ein Jahr, die 167 mit der Beratungsstelle in Verbindung stehenden dagegen auf mehrere Jahre sich erstrecken, ohne weiteres hervor, daß die Beratungsstelle nur einen kleinen Teil der Fälle des Mädchenschutzhauses erfaßt. Wenn auch ein Teil der Insassinnen desselben sich gar nicht für die Beratungsstelle eignen würde, so bleiben doch noch viele, die in ihren Rahmen fallen würden, aber von den Fürsorgerinnen des Mädchenschutzhauses weiter versorgt werden. Das Heim bildet

also eine Ergänzung der Beratungsstelle in der Art, daß eine Arbeitsteilung stattfindet, außerdem aber eine gegenseitige Hilfe bei besonderen Gelegenheiten. Die Mädchen, die direkt aus dem Krankenhaus in das Mädchenschutzhaus übergehen, werden zweckmäßig dahin von einer Fürsorgerin geführt, um nicht in andere Hände zu fallen. Mehrmals wurde trotzdem auf dem Wege ein Überfall von männlicher Seite ausgeführt, der mit der Fortführung des Mädchens endete, und oft gelangten Mädchen, die aus dem Krankenhaus allein ins Heim geschickt wurden, nicht dorthin.

Einrichtungen, die zum vorübergehenden Aufenthalt gefährdeter Mädchen und gewissermaßen als Sichtungsstelle dienen, müssen von anderen ergänzt werden, die für einen dauernden Aufenthalt berechnet sind. Zunächst handelt es sich darum, solche Mädchen unterzubringen, die zwar unbedenklich ihrer Arbeit nachgehen können, aber doch noch eines Rückhalts bedürfen, der sie vor dem Abgleiten schützt. Ein solches Heim besteht in Frankfurt in Gestalt des Metaheims. Die Heimleiterin hat die mitunter recht schwierige Aufgabe, den 16 Insassinnen zur Seite zu stehen, sie zu beraten und ihnen Fährlichkeiten aus dem Wege zu räumen; mit Zwischenfällen ist immer zu rechnen, da psychopathische Elemente nie fehlen. Mädchen, die nicht vorm Abgleiten zu schützen sind, die durch ihr Beispiel ungünstig auf ihre Kameradinnen wirken, können nicht im Heime verbleiben. Das Hinausweisen aus dem Heim ist das einzige Disziplinarmittel, was zur Verfügung steht; hierüber wie über die Aufnahme entscheidet eine aus ehrenamtlichen Helferinnen und Beamten bestehende Heimkommission. Das Heim untersteht dem städtischen Wohlfahrtsamt. Die Beratungsstelle wies 15 Mädchen ins Metaheim ein, stand aber mit erheblich mehr Insassinnen in Verbindung, zumal ihre Hilfe in geeigneten Fällen von der Heimleiterin in Anspruch genommen wurde.

Die Trennung des als Sichtungsstelle wirkenden und nur zum vorübergehenden Aufenthalt dienenden Mädchenschutzhauses von dem nur als Daueraufenthalt für arbeitende Gefährdete in Betracht kommenden Metaheim hat sich sehr bewährt. Das Zusammenbringen beider Kategorien in einem Heim wäre wohl nicht ohne mancherlei Unzuträglichkeiten, die hauptsächlich die Dauerinsassinnen betreffen würden, durchzuführen. Beide Einrichtungen sind interkonfessionell. Das bedeutet von vorneherein, daß zumal die Sichtungsstelle mit einem aus allen Elementen bestehenden Bestande rechnen muß. Ein zweifellos gesiebteres Menschenmaterial bekommen die konfessionellen Anstalten dieser Art

zugeführt. Man hat denn bei diesen auch ohne wesentliche Nachteile die bei interkonfessioneller Grundlage getrennten Etappen vereinigen können. So sind in Frankfurt sowohl bei der evangelischen Zufluchtsstätte der Stadtmission wie bei dem katholischen Monikaheim Sichtungsstelle und Arbeiterinnenheim vereinigt. Zweifellos besteht bei ihnen die Möglichkeit einer größeren Beeinflussung ihrer Schützlinge. Das wird auch unumwunden von den interkonfessionellen Organen der Gefährdetenfürsorge anerkannt; die Wege trennen sich oft von vorneherein. In Großstädten führen Mitternachtsmissionen, die ihre sich selbstlos in den Dienst der Sache stellenden Helfer in die von den Geschlechtsverkehr Suchenden bevorzugten Gegenden schicken, den konfessionellen Anstalten Schützlinge zu. Mit den meisten von diesen Verbänden betrauten Mädchen und Frauen kam die Beratungsstelle nicht in Berührung. In vielen Fällen aber überwies sie nach Prüfung der Sachlage die Gefährdeten direkt: so wurden in die Zufluchtsstätte der Stadtmission 9, in das Monikaheim 35 Schützlinge gesandt. Ein Teil der Pfleglinge bleibt in diesen Heimen. Andere werden, wie aus den interkonfessionellen Anstalten, ins freie Leben entlassen. Alle diejenigen aber, die im freien Leben nicht verwendbar sind oder sich als asoziale oder antisoziale Elemente erweisen, werden weitergeschickt; den Katholiken stehen zu diesem Zweck die Klöster zum Guten Hirten, den Evangelischen andere Heime zur Verfügung. Direkt wurden von der Beratungsstelle 3 Mädchen in den evangelischen Elisabethenhof zu Marburg[1]) eingewiesen; die Zahl der Schützlinge, die erst auf Umwegen in ein konfessionelles Erziehungsheim kamen, ist sehr viel größer, weil in vielen Fällen die Einweisung erst von der Beratungsstelle an eine Vorinstanz erfolgte. Es muß hier betont werden, daß in zahlreichen Fällen, in denen das religiöse Element eingeschaltet werden konnte, es sich von beträchtlicher Stärke erwies; zuweilen lag in ihm die einzige Möglichkeit, aus einem abgleitenden Menschen noch ein brauchbares Glied der Gesellschaft zu machen.

Für Mädchen, bei denen die psychopathische Seite das ausschlaggebende Moment bildet, versagt vielfach die ausschließlich auf eine erziehliche Beeinflussung gerichtete Fürsorge. Es ist der Versuch gemacht worden, für derartige Personen eine Abteilung an einer Heil- und Pflegeanstalt (in Hadamar im Westerwald) ein-

[1]) Der bekannten Anstalt, die vom Pfarrer Bader geleitet ist, wurde kürzlich eine ländliche Arbeitslehrkolonie in Schweinsberg angegliedert, die für Verwahrungsfälle sich vorzüglich eignet.

zurichten; dort sollen neben erziehlichen Methoden hauptsächlich psychiatrische Gesichtspunkte in der Behandlung geltend gemacht werden. Es wurden hierher 12 Mädchen von der Beratungsstelle eingewiesen. Die Angliederung solcher Abteilungen an Heil- und Pflegeanstalten hat Manches gegen sich. Zunächst ist die Auswahl schwierig; ausgesprochene Geisteskranke sollen nicht hinkommen; gar zu leicht werden aber solche Elemente dorthin geschickt, die sich nicht in eine andere Anstalt eingliedern lassen, mögen sie nun unerziehlich oder aus verschiedenen Gründen unbeliebt sein. Das dient nicht zur Hebung des Niveaus. Der Zuschnitt der Anstalt weist auf Geisteskranke hin; um die Erziehung genügend hervortreten zu lassen, ist ein gutgeschultes und sehr zahlreiches Personal notwendig, weil nur kleine, in ihrer Tätigkeit abwechselnde Arbeitsgruppen eine persönliche Einwirkung ermöglichen. Genügendes Personal können sich aber heutzutage kaum noch andere als konfessionelle Anstalten leisten. Zu erwähnen ist auch, daß in derartigen Heimen der Aufenthalt begrenzt ist, nicht selten aus dem Grunde, weil die Heimatsbehörden die Bewilligung weiterer Mittel ablehnen, so daß viele Fälle abgehen, bevor eine Einwirkung in irgendwie maßgeblichem Sinne stattgefunden hat. So harrt denn die Frage, wo man solche Mädchen, die in einen konfessionellen Rahmen nicht passen, unterbringt, noch der Erledigung. Ländliche Arbeitslehrkolonien wären von großem Werte für sie (vgl. Fußnote auf S. 275).

Die Verweisung an die Landespolizeibehörde wurde nicht in Betracht gezogen. Das Arbeitshausverfahren scheidet als erziehlicher Faktor aus; es ist höchstens im Bozzi'schen Sinne als Drohmittel zu verwerten. Die Vollziehung des Urteils wurde in einzelnen Fällen unter der Bedingung aufgeschoben, daß die Verurteilte sich unter die Schutzaufsicht der Beratungsstelle stellte. In anderen Fällen, in denen ein Verfahren bereits schwebte, versah eine Fürsorgerin der Beratungsstelle aus Überzeugungsgründen Anwaltspflichten für den Schützling.

Von anderen Unterbringungsmöglichkeiten kamen Mütterheime in Betracht. In sie wurden 52 Schwangere eingewiesen. Mit den Hauswirten wurde 10 mal verhandelt; eine Wohnungszuweisung mit Hilfe des Wohnungsamtes gelang zweimal. Aufenthalt in einem Arbeiterinnenheim wurde 3 mal vermittelt, anderweitige Unterkunft 8 mal. Die Frage des Obdachs konnte auch dadurch gelöst werden, daß man einen Schützling als Hausangestellten unterbrachte. Natürlich kamen alle diese Wege erst in

Betracht, wenn es nicht möglich war, das Mädchen bei seinen Eltern oder bei Verwandten unterzubringen. Vielfach erwiesen sich die Eltern nicht als geeignet, vielfach lehnten sie auch eine Aufnahme der Tochter ab. Ein Mädchen von 17 Jahren kam, nachdem es verführt war, nach Frankfurt, um dort den Beruf einer Friseuse zu erlernen. Bald wurde sie aufgegriffen und wegen Syphilis ins Krankenhaus auf die Zwangsabteilung gelegt. Nach der Entlassung wurde sie mit Hilfe der Beratungsstelle bei ihren sehr achtbaren Eltern untergebracht. Dort fielen geschlechtliche Versuchungen für sie fort, aber dafür beging sie einen schweren Diebstahl, der ihre Verurteilung zu Gefängnisstrafe zur Folge hatte. Hier handelte es sich um ein psychopathisches Mädchen, bei dem eine Fernhaltung von allen Versuchungen nur durch geschlossene Fürsorge möglich war. — Schwierigkeiten machte zuweilen die Unterbringung der von auswärts, besonders von dem amerikanischen Frauenhospital in Bendorf a. Rh. nach Frankfurt als in ihre Heimat Überwiesenen. Vielfach waren sie noch nicht ausgeheilt, wenn auch keine Ansteckungsgefahr vorlag, so daß mit weiteren Kuren zu rechnen war. Die Mädchen wurden vor ihrer voraussichtlichen Ankunft angemeldet. Oft gelangten sie aber gar nicht nach Frankfurt, so daß Vorbereitungen kaum getroffen werden konnten. Vor schwere Aufgaben wurde die Beratungsstelle gestellt, wenn sich verheiratete kranke Frauen aus der ehelichen Wohnung entfernt hatten, ohne in sie zurückkehren zu können. Eine 41 jährige Frau, syphilitisch und tuberkulös, von deren 6 Kindern nur 2 am Leben geblieben und das jüngste kurz vorher im Alter von 10 Wochen einer syphilitischen Infektion erlegen war, wandte sich, da sie von ihrem rohen, oft betrunkenen Manne zum Verkehr gezwungen wurde, an die Beratungsstelle mit der Bitte, ihr ein Unterkommen fern von ihrem Manne zu verschaffen. Die Nachprüfung ergab, daß die Angaben auf Wahrheit beruhten, so daß der Wunsch der Frau erfüllt werden konnte.

Hand in Hand mit der Quartierbeschaffung geht auch die Vermittlung von Einrichtungsgegenständen, die 17 mal nötig war, sei es, daß ein Hausstand gegründet werden sollte und das durchaus im Sinne der Fürsorge lag, sei es, daß, was durchaus keine Seltenheit war, während des Krankenhausaufenthalts sich andere des unbeaufsichtigten Eigentums bemächtigt hatten und dieses ergänzt werden mußte. Aus ähnlichen Gründen mußte 19 Schützlingen mit Wäsche und Kleidung ausgeholfen werden. Große Vorsicht mußte im allgemeinen bei pekuniären Beihilfen

walten, aber in Anbetracht dessen, daß es für viele Schützlinge ein leichtes gewesen wäre, die Mittel zum Unterhalt auf andere, im Interesse der Beratungsstelle unerwünschte Art und Weise zu bekommen, waren geldliche Unterstützungen bisweilen unentbehrlich; sie wurden in 71 Fällen vermittelt. Unterhandlungen mit dem Wohlfahrtsamt zwecks wirtschaftlicher Erleichterungen wurden 47, mit den Kriegshinterbliebenenämtern 6, mit der Flüchtlingsfürsorge 2, mit einem privaten Verein einmal geführt. In 15 Fällen wurden pekuniäre Interessen der Schützlinge vertreten, u. a. rückständige Löhne oder Renten einkassiert oder wegen der verweigerten Auszahlung mit den Arbeitgebern verhandelt. Sonstige Eigentumsrechte (Wiedererlangung zurückbehaltener Gegenstände) wurden 4 mal vertreten. In 7 Fällen wurden Darlehen vermittelt. Vielfach wurden die bewilligten Unterstützungen der Beratungsstelle ausgehändigt, um den Schützlingen, wobei naturgemäß deren Wunsch gehört wurde, nach Bedarf übergeben zu werden. Daß gelegentlich Unterstützungen nicht auf den richtigen Boden fielen, ist erklärlich. Wo regelrechter Arbeitsunwillen vorlag und die mehrfach gebotene Gelegenheit zum selbständigen Broterwerb nicht benutzt wurde, mußte auf Einstellung der Unterstützung gedrungen werden. Nach der Beschaffung der Unterkunft und der ersten Sorge für den Lebensunterhalt lag es zunächst im Interesse der erwerbsfähigen Schützlinge, sie vom Müßiggang mit seinen vielen Versuchungen fernzuhalten und ihnen einen Beruf zu verschaffen. Das geschah in der Regel in enger Fühlungnahme mit dem Arbeitsamt. In 159 Fällen war es möglich, die Pfleglinge so zu beraten und ihnen derartig zur Seite zu stehen, daß sie eine Stellung bekamen. Wenn irgend möglich, erfolgte die Unterbringung der Pfleglinge in den alten Berufen; für haltlose, aber zugängliche Mädchen wurde gern eine Hausstellung gewählt, vorausgesetzt, daß die Hausfrau auf die Absichten der Beratungsstelle eingestellt war und es als ihre Aufgabe betrachtete, der ihr Anvertrauten etwas mehr als nur Dienstherrschaft zu sein. Besonderes Augenmerk erforderten diejenigen, die bisher im Gastwirtsgewerbe tätig waren und wieder solchen Stellungen zustrebten. Der Kellnerinnenberuf bildet zuweilen den Deckmantel für Dirnen; wenn irgend möglich, wurden nicht ganz taktfeste Mädchen von Stellungen, in denen nicht die größte Gewähr für ein solides Leben der Angestellten geboten war, ferngehalten. Weiterhin wurde 29 mal auf Wunsch der Schützlinge unter Wahrung des Amtsgeheimnisses mit den früheren oder jetzigen Arbeitgebern

verhandelt, sei es, daß es sich um die Ausstellung eines Zeugnisses handelte, sei es, daß es galt, Vorurteile zu beseitigen und die Stellung des Schützlings zu festigen, sei es, um Erkundigungen einzuziehen, die zur Beurteilung des Falles nötig waren. Mit der sozialen Fürsorgerin größerer Betriebe, wie die in Gestalt der Fabrikpflegerin jetzt vielfach eingeführt ist, wurde 15 mal verhandelt. Zweimal wurde eine Berufsausbildung vermittelt. Eine besonders heikle Aufgabe bestand darin, Berufstätige, die ihrer Umgebung durch Ansteckung gefährlich werden konnten, in eine andere Stellung zu überführen; bei 7 noch im Ansteckungsstadium befindlichen geschlechtskranken Dienstmädchen galt es, sie aus dem Hause der kinderreichen Herrschaft zu entfernen, und das war entweder direkt durch Aufklärung der Mädchen selbst über die Folgen eines längeren Verbleibens, was nur einmal etwas nützte, möglich, oder unter Wahrung des Amtsgeheimnisses auf Umwegen, wie z. B. durch Aussprache mit den von der Krankheit wissenden Eltern, die veranlaßt wurden, ihre Tochter zurückzurufen, oder durch Vermittlung des Hausarztes. Es gibt natürlich Fälle, in denen sich auch die Ärzte über die Ansteckungsmöglichkeit im Unklaren sind. Es ist aber notwendig, in dieser Beziehung eher zu ängstlich als das Gegenteil zu sein, und auch bei chronischer Gonorrhöe den Aufenthalt in Familien mit Kindern nur dann zu gestatten, wenn das Mädchen die volle Gewähr für peinlichste Sauberkeit bietet. — In einem Falle wurde die Sperrung einer Pflegestelle durchgesetzt, weil die Frau syphilitisch war.

Was die Berufsfrage bei den Schützlingen der Beratungsstelle, überhaupt bei den gefährdeten willensschwachen Mädchen, besonders charakterisiert, ist, daß es sich nicht um Vollerwerbsfähige handelt, für die eine Stelle besorgt werden soll, sondern um Erwerbsbeschränkte, die zwar meistens im Vollbesitz ihrer körperlichen Kräfte (von den in Behandlung befindlichen Geschlechtskranken abgesehen!), nicht aber in dem der geistigen sich befinden. Es müssen deshalb bei der Berufsberatung alle diejenigen Rücksichten walten, die für Erwerbsbeschränkte in Betracht kommen; es darf weder in der Arbeit selbst noch in den Anforderungen des Arbeitgebers etwas liegen, das in irgendeiner Hinsicht die Spannkraft des Arbeitenden erschöpft. Die größte Gewähr bot immer die Unterbringung in den Fürsorgerinnen bekannten Stellen, die sich bereits in ähnlichen Fällen bewährt hatten. Das Arbeitsamt vermag nicht immer geeignete Gelegenheiten für die erwerbsbeschränkten Schützlinge zu bieten. So müssen die Fürsorgerinnen

sich selbst nach derartigen Unterbringungsmöglichkeiten umsehen, besonders aber auch Hausfrauen ausfindig zu machen suchen, die in dem oben erwähnten Sinne wirken können. Bei der Arbeitsvermittlung ist natürlich auch auf Veranlagung und Neigung weitgehende Rücksicht zu nehmen; aber auch ohne jede psychische Einwirkung kann man nicht auskommen.

Ein Einvernehmen mit den Eltern oder den ihre Stelle einnehmenden Verwandten bzw. Vormündern wurde in allen Fällen, in denen das möglich war, erstrebt. Selbstverständlich wurde dabei völlig den Wünschen der Schützlinge entsprochen, die oft das Verlangen hatten, ihre Not vor den Eltern zu verbergen; nicht selten wurde aber die Beratungsstelle um Vermittlung angegangen, mit den Eltern ein offenes Wort zu sprechen. In 233 Fällen stand die Beratungsstelle in Verbindung mit den Eltern oder Vormündern. Die Erfolge dieses Einvernehmens bestanden zunächst darin, daß die Beratungsstelle in ihnen in der Regel eine Stütze fand, andererseits aber auch Gegenströmungen, die den Weg, den die Fürsorge betreten hatte, durchkreuzten, durch eine Aussprache beseitigt wurden. Nur ausnahmsweise wurde am Widerstande festgehalten. Jedenfalls bildet der Verkehr mit den Eltern einen der wichtigsten Punkte in dem Einwirken auf den Schützling, das in seiner Methodik, seinem innersten Wesen durchaus einer Seelsorge entspricht. Die persönliche Einwirkung ist von allergrößtem Werte bei der sozialen Fürsorge für Geschlechtskranke. Es erfordert jeder Fall ein besonderes Eingehen, ein Verständnis für alle Regungen, ein Sichversenken in oft völlig abnorme Gedankenreihen. Jede Schematisierung fällt fort. Nur wenn auf seiten des Schützlings völliges Vertrauen, auf seiten der Fürsorgerin aber ein geduldiges, in weitestem Sinne des Wortes anpassungsfähiges Verstehen herrscht, ist eine Beeinflussung der Schutzbefohlenen möglich. Oft ist auch in anscheinend hoffnungslosen Fällen die Ausdauer von Erfolg begleitet. Mißtrauen wird zuweilen ausgelöst, wenn irgend etwas auf den amtlichen Charakter der Beratungsstelle weist. Es wird darum möglichst vermieden, denselben zu unterstreichen; nur in Ausnahmefällen ist es vorteilhaft, wenn er herausgekehrt wird. Doch auch hier ist streng individuell zu unterscheiden. Das Maßnahmen direkt abgelehnt wurden, kam nur einmal vor.

Vielfach hat man auf eine Schutzaufsicht zurückgegriffen; um die Fürsorgerinnen zu entlasten, wurden bisher 72 Fälle ehrenamtlichen Helferinnen anvertraut, die sich allerdings nicht immer mit gleichen Ergebnissen der Schützlinge, die sich aus freiem

Willen damit einverstanden erklärt hatten, annahmen, sie von Zeit zu Zeit besuchten oder sonst mit ihnen zusammenkamen und regelmäßig der Beratungsstelle über ihre Pfleglinge Bericht erstatteten. Diese ehrenamtliche Mitarbeit setzt nicht nur eine große Vorurteilslosigkeit voraus, sondern auch dasselbe verständnisvolle Eingehen auf die Persönlichkeit der Schutzbefohlenen, das auch von der Fürsorgerin zu fordern ist. Die Schutzaufsicht ist praktisch von geringem Wert, wenn sie nicht auch von verantwortlicher Seite, z. B. von den Eltern aus, Unterstützung findet. Zuweilen wurde Stellung unter Schutzaufsicht zur Bedingung gemacht, unter der die Vollstreckung des Arbeitshausverfahrens hinausgeschoben wird. Es ist bisher nicht gelungen, eine beträchtliche Zahl von ehrenamtlichen Helferinnen dauernd an die Beratungsstelle zu fesseln. Viele ließen sich durch die mit der Arbeit verbundenen Unannehmlichkeiten zurückstoßen, durch die Berührung mit oft sehr verwahrlosten Personen, durch Besuche in anrüchigen Quartieren und Zwischenfälle, die nicht nur empfindliche Gemüter beleidigen mußten und nicht selten mit dem Dazwischentreten tiefstehendster Männer zusammenhingen. So blieben auch die schwierigen Fälle den Fürsorgerinnen selbst vorbehalten, denen der langjährige Umgang mit meist psychopathischen Personen und das Erleben der verschiedensten Situationen eine große Sicherheit verliehen und sie in den Stand setzten, bei den Verhandlungen besonders mit dem männlichen Anhang der Schützlinge, bei den unter ungünstigsten Umständen auszuführenden Hausbesuchen die Oberhand zu behalten. Vielfach waren die bevorzugten Quartiere der Beratungsstelle schon bekannt, ebenso die Wirtinnen, die immer wieder von demselben Typus der Mädchen aufgesucht wurden, so daß oft schon aus der Wohnung gewisse Schlüsse gemacht werden konnten. Das Interesse der Schützlinge wurde auch nach außen hin gewahrt. Nicht selten mußte ihnen in Rechtsangelegenheiten, in die sie häufiger verwickelt wurden als normale Menschen, geholfen werden. In 82 Fällen wurde eine Verbindung mit der städtischen Rechtsschutzstelle hergestellt, in 22 anderen die Interessen des Schützlings vor Gericht wahrgenommen, in 3 Fällen, in denen die Durchführung der Strafe von ungünstigem Einfluß auf den Pflegling erschien, ein Gnadengesuch eingereicht. Besonders oft wurde in den Fällen, in denen eine verheiratete Frau von ihrem Manne angesteckt war, eine Scheidung in Betracht gezogen. In dieser Hinsicht einen Rat zu erteilen, war nicht immer leicht und bedurfte sorgfältigster Prüfungen und Erwägungen. Während 25 Frauen

die Wege geebnet wurden, auf denen die Scheidung eingeleitet werden konnte, gelang es in 18 Fällen, die Ehe wieder herzustellen.

Bei 17 jüngeren Mädchen erwies sich die Einleitung der Fürsorgeerziehung als der einzige Versuch, sie vor dem Abgleiten zu bewahren. In diesen Fällen vermochte die Beratungsstelle dem Jugendamt geeignetes Material zu unterbreiten. Schritte zur Entmündigung wurden 4 mal getan, wobei aber hinzugefügt werden muß, daß in vielen anderen Fällen die Anstalt, in die der Pflegling eingewiesen wurde, die Einleitung des Verfahrens betrieb. Wie notwendig die Entmündigung manchmal ist, geht aus folgendem Falle hervor. Es handelte sich um ein Mädchen X, das, in Mexiko geboren, in Frankfurt bei einer Tante erzogen wurde und nach deren Tode ihr Haus sowie etwas Geld erbte. Ihre Versuche, Schneiderei zu erlernen, mißglückten mangels Ausdauer. Ihr Lebenswandel war, trotzdem sie von einer treusorgenden Wirtin zu behüten versucht wurde, nicht immer einwandfrei. Sie fällt nun einem Frl. Y in die Hände, zu deren Familie sie bald zieht. Sie wird allmählich völlig von dieser Familie umstrickt. Frl. Y trägt ihre Schmucksachen, deren Vater hat die Vollmacht, die Miete einzukassieren. Wahrscheinlich ist der Grund der Ausbeutung, daß bei der X in der Familie Y Fruchtabtreibung vorgenommen wurde. Im Hause verkehren ständig Herren gegen Bezahlung. Der Fall wird der Beratungsstelle übergeben. Es wird Material gesammelt, auf Grund dessen die Entmündigung eingeleitet werden kann, da sonst nicht nur Verarmung, sondern auch Fall in die Prostitution zu befürchten ist. Aus der Zufluchtsstätte der Stadtmission, in die die X zunächst gebracht wird, brennt sie durch. Sie wird bald polizeilich aufgegriffen und einem evangelischen Frauenerziehungsheim übergeben, nachdem inzwischen die Entmündigung ausgesprochen war. Nach den letzten Berichten ist ihre Führung gut. — In 3 Fällen übernahm die leitende Fürsorgerin selbst eine Vormundschaft. 5 Schützlinge wurden zwecks weiterer Maßnahmen der städtischen Fürsorgestelle für Nerven- und Gemütskranke überwiesen, wobei bemerkt werden muß, daß ein bei weitem regeres Zusammenarbeiten sich als notwendig erwiesen hat und bereits jetzt stattfindet. Die genannte Fürsorgestelle steht in unmittelbarer Verbindung mit der Universitätspoliklinik, so daß jetzt die Fälle, in denen die Beratungsstelle ein psychiatrisches Gutachten für notwendig hält, besonders solche, bei denen an eine etwaige spätere Entmündigung zu denken ist, von ihr direkt zum Psychiater geschickt werden. Die Verbindung mit den

Schützlingen blieb auch bestehen, wenn sie eine Gefängnisstrafe abbüßten; 13 mal wurde in ihrem Interesse mit der Gefängnisverwaltung verhandelt.

Auch Einrichtungen, die den Zweck haben, Mädchen stundenweise zu behüten und sie durch dargebotene Unterhaltung vor Versuchungen zu schützen, wurden benutzt; so wurde ein Mädchen in das Tagheim für schulentlassene Mädchen gewiesen, während für 6 Mädchen der in einem Schulgebäude tagende Mädchenklub, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, seine Angehörigen einmal durch wissenschaftliche, künstlerische oder auch nur zerstreuende Abendunterhaltungen dem Großstadttreiben zu entziehen, andererseits sie aber auch durch Spaziergänge gesundheitlich zu kräftigen in Anspruch genommen wurde.

Zu den Aufgaben der Beratungsstelle, in denen sie sich mit dem Wirken der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt trifft, gehört auch die Verfolgung der Infektionsquelle; eingangs wurde bereits über die Angaben der Schützlinge in dieser Beziehung berichtet. Wenn irgend möglich, wurde der in Betracht Kommende in die Beratungsstelle bestellt. Fast immer gelang es auch, wenn der Aufgeforderte überhaupt erschien, ihn zu einer ärztlichen Untersuchung zu veranlassen, von deren Ergebnis dann die weiteren Maßregeln abhängig waren. Irgendwelche erregten Auftritte kamen bei den mündlichen Verhandlungen kaum vor; selbst eingangs rüde auftretende Männer wurden bald durch ruhiges Eingehen auf den Gegenstand entwaffnet. Nicht selten aber wurden die Beziehungen zu dem infizierten Mädchen glatt abgeleugnet, selten berechtigt, oft absichtlich. Zur Behandlung wurden von der Beratungsstelle 54 als Infektionsquelle in Betracht kommende Männer veranlaßt; die Durchführung wurde durch Erkundigungen bei den Ärzten überwacht, wenn nicht bereits die Geschäftsstelle solche übernommen hatte. 118 Männer, die entweder nicht erschienen waren oder nicht auf das Verlangen der Beratungsstelle nach Behandlung eingehen wollten, wurden der Geschäftsstelle zur Einleitung weiterer Maßnahmen gemeldet, 23 direkt der Sittenpolizei als infolge gewissenloser Verbreitung der Krankheit für die Zwangsbehandlung in Betracht kommend. Mit auswärtigen Beratungsstellen wurde wegen der Infektionsquelle zweimal verhandelt. Mit 35 Männern trat die Beratungsstelle auf Verlangen der infizierten Mädchen wegen Leistung einer Entschädigung in Verbindung, zum Teil mit Unterstützung der Rechtsschutzstelle. Das ist nicht nur eine persönliche Angelegen-

heit des Mädchens, sondern dient auch dem allgemeinen Interesse. Denjenigen, die ihre Geschlechtskrankheit verbreitet haben, muß auf jede Weise gezeigt werden, daß sie alle Folgen unbedingt zu tragen haben; die Auferlegung einer Entschädigung, die Heranziehung zu den gewöhnlich nicht unbeträchtlichen Behandlungskosten veranlassen vielleicht doch manchen Geschlechtskranken, bei dem Gewissensgründe nicht Beachtung finden, von seinem sträflichen Tun Abstand zu nehmen. Umfangreichere Nachforschungen nach der Infektionsquelle erwiesen sich in 48 Fällen als notwendig. Es sei hier über einen Fall berichtet, der ein bezeichnendes Licht auf einen Typus von Männern wirft, der bei der Verbreitung der Geschlechtsleiden eine große Rolle spielt. Das betreffende Mädchen lernte den der Beratungsstelle bereits als Infektionsquelle bekannten X kennen, der sie mit Gonorrhoe infizierte und auch ihre Schwester sich gefügig zu machen sucht. Als das Mädchen merkt, daß sie angesteckt ist und das dem X mitteilt, bricht dieser den Verkehr mit ihr ab. Das kranke Mädchen kommt zur Beratungsstelle mit der Bitte, doch andere Mädchen vor X zu warnen, eine natürlich nicht zu erfüllende Bitte. X wird ermittelt, folgt aber den Aufforderungen der Beratungsstelle zum Kommen nicht und wird daher von einer Fürsorgerin in Begleitung einer ehrenamtlichen Helferin aufgesucht. Er leugnet die Bekanntschaft mit dem Mädchen. Während der Verhandlung tritt ein dirnenhaft aussehendes Mädchen ins Zimmer, mit dem sich X nach Fortgang der Damen einschließt. X wird auf Grund des vorliegenden Materials der Sittenpolizei angezeigt. Er wird zunächst wegen angeblicher gemeingefährlicher Geisteskrankheit in die Irrenklinik verlegt, nach der bald erfolgenden Entlassung aber zur Zwangsbehandlung ins Krankenhaus. — Einmal wurde die dem Wohlfahrtsamt angegliederte Trinkerhilfe zwecks Fürsorge für einen unter Einfluß des Alkohols stehenden Geschlechtskranken in Anspruch genommen. Es sei hier wiederholt, daß sich unter den Schützlingen der Beratungsstelle nur 4 ausgesprochene Trinkerinnen fanden, während man aus der Zahl (43) der dem Gastwirtsgewerbe angehörenden Mädchen eigentlich auf eine größere Verbreitung des Alkoholismus unter ihnen schließen sollte. Wie aber eine Animierkellnerin berichtete, durfte sie, wenn sie einen Gast zum Weintrinken verleitet hatte, stets gefärbtes Wasser trinken, das jener als Wein bezahlen mußte.

Ein besonderes Kapitel, das oft die Frauen allein zur Beratungsstelle führte, bildeten die Kinder. Es sei wiederholt, daß 49,1 Proz.

der Pfleglinge Kinder hatten, nämlich 79,1 Proz. der Frauen und 39 Proz. der Mädchen, daß 17 mal die Schwangerschaft den einzigen Grund zum Besuche abgab. Die Fürsorge für die Kinder ließ sich von der für die Schützlinge nicht trennen. Mußten auch zunächst oft andere Stellen in Anspruch genommen werden, zumal um die Rechte der unehelichen Kinder zu wahren, so in 125 Fällen das Jugendamt und in 89 die ihm angegliederte Abteilung für Sammelvormundschaft, so lag doch vielfach die Herbeischaffung des nötigen Materials, z. T. auch die direkte Fürsorge in den Händen der Beratungsstelle. Nach dem Kindesvater geforscht wurde auf Veranlassung der Mutter in 28 Fällen. An die Säuglingsberatung wurden 21 Mütter gewiesen. Es ist durchaus zu erstreben, daß eine Trennung von Mutter und Kind nicht stattfindet, zumal bei den Schützlingen der Beratungsstelle, bei denen die Anwesenheit des Kindes nicht selten einen Halt für die Mutter, die durch die Pflege in ihrer freien Zeit wesentlich in Anpruch genommen ist, bildet. Vielfach war aber die Unterbringung der Mutter nur möglich, wenn sie sich vom Kinde trennte; für 24 Kinder wurde meist mit Hilfe der Pflegestellenvermittlung des Jugendamts eine Pflegestelle besorgt. Private Organisationen wurden 9 mal zur Unterstützung in Anspruch genommen. Einmal wurde ein Kinderwagen vermittelt. Aber auch auf größere Kinder erstreckte sich die Fürsorge. Durch Verhandlungen mit der Schulpflegerin wurden 15 Kindern Erleichterungen irgendwelcher Art zuteil. Einem Kind wurde eine Erholungskur ausgewirkt, ein anderes der Kinderherberge überwiesen; einem Kind wurde Privatunterricht verschafft, eine geisteskranke Tochter in der Irrenanstalt untergebracht. Des Ausbaus bedürftig ist noch die Fürsorge für die geschlechtskranken Kinder. Für die Beratungsstelle kamen sie nur insofern in Betracht, als sie von den Schützlingen angesteckt waren. Besonderes Augenmerk ist auf die erbsyphilitischen Kinder zu richten. Muß man auch von der Gründung von Heimen nach Welander'schem Muster vorläufig absehen, so bietet doch anscheinend auch die über Jahre hinaus fortgesetzte poliklinische Behandlung[1]) Aussicht auf Erfolg.

Bei der Eigenart der Arbeit ist es erklärlich, daß nur verhältnismäßig Fälle zu einer Erledigung in dem Sinne kommen, daß eine weitere Fürsorge überflüssig erscheint, die Akten mithin abgelegt werden können. Wenn also im folgenden von Enderfolgen gesprochen wird, so ist das so zu verstehen, daß es sich

[1]) Cassel, Deutsche med. Wochenschr. 1917, Nr. 31.

mehr um eine Übersicht über den Stand der Fälle im Zeitpunkt der Aktenbearbeitung durch den Berichterstatter handelt. Von einem Abschluß kann man in 72 (= 6 Proz.) Fällen sprechen, in denen die Geschlechtskrankheit, die gelegentlich erworben war, zur völligen Ausheilung kam, und das Verhalten des Pfleglings weitere Maßnahmen erübrigte. 12 Akte (= 1 Proz.) erledigten sich durch Todesfall; 3 Pfleglinge starben an Tuberkulose, 1 an Gebärmutterkrebs, 1 an Ruhr, 1 infolge eines Kaiserschnitts, 1 an Gasvergiftung, 1 an Herzschwäche, 1 an Grippe, 1 an Darmleiden und 2 an Paralyse. Bei 71 Mädchen und Frauen (= 5,9 Proz.) erwies sich der Verdacht auf Geschlechtskrankheit als unbegründet, so daß damit jede Ursache für eine Fürsorge fortfiel. Gelegentlich bestand die Aufgabe der Beratungsstelle auch darin, die angeblich Erkrankten von dem Verdachte der Geschlechtskrankheit, in den sie unberechtigterweise gekommen waren, zu reinigen. Durch Verheiratung schieden 32 Mädchen (= 2,7 Proz.) vorläufig aus. Aber auch die Ehe, wenn sie auch vielfach die gefährdeten Mädchen zu retten vermag, bildet doch nicht immer den Anlaß zum endgültigen Fortfall der Fürsorge; sei es, daß die Persönlichkeit des Mannes nur von vorübergehendem Einfluß ist, sei es, daß Veränderungen in der Umwelt die jungen Frauen aus dem Gleichgewicht bringen, nicht selten bedeutet die Ehe nur einen vorübergehenden Stillstand in dem hemmungslosen Triebleben, das ein Teil der Pflegebefohlenen führt. Auch wenn die Eltern bzw. die Angehörigen die Obhut der Mädchen übernommen haben, (28 Fälle = 2,3 Proz.), so bedeutet das noch keine abschließende Erledigung, sondern auch hier muß jederzeit mit Zwischenfällen gerechnet werden. Dasselbe gilt auch, wenn geordnete Verhältnisse (17 Fälle = 1,4 Proz.) oder eine augenfällige sittliche Besserung (12 Fälle = 1 Proz.) oder eine Unterbringung in eine gute Stelle (13 Fälle = 1,1 Proz.) eine Unterbrechung der Fürsorge angezeigt erscheinen lassen. 92 = 7,7 Proz. Frauen und Mädchen waren bei Durchsicht der Akten nach auswärts gezogen, blieben aber noch im Bestande der Beratungsstelle. Der Ortswechsel war oft erwünscht, indem der Pflegling durch ihn dem verderblichen Einfluß der Großstadt oder sonstigen auf ihn ungünstig wirkenden Umständen seiner Umgebung entzogen wurde. Eine Meldung an eine andere Beratungsstelle erfolgte in diesen Fällen nicht, weil der gesundheitliche Zustand dazu keinen Anlaß bot. Auch hier bestand die Tätigkeit der Beratungsstelle wie bei den in Obhut der Eltern Befindlichen und den sonst eine augenblickliche Gewähr

bietenden Frauen und Mädchen nur in einer latenten Überwachung, die aber, zum Unterschied von den anderen, die gelegentlich von selbst in die Sprechstunde kamen oder in angemessenen Zeiträumen dorthin bestellt wurden, durch einen Briefwechsel aufrecht erhalten wurde. Außer den erwähnten waren noch 52 = 4,3 Proz. andere Pfleglinge nach auswärts gezogen, die einer weiteren meist gesundheitlichen Beaufsichtigung bedurften und daher an die zuständigen Beratungsstellen, Pfleg- oder Jugendämter gemeldet wurden. Zuweilen nimmt die Fürsorge der Beratungsstelle insofern einen unerwünschten Verlauf, als die Behörde des Unterstützungswohnsitzes, zumal wenn eine langwierige Unterbringung in Aussicht steht, den Schützling zurückbeordert. Bezeichnend ist das Schicksal eines geistig und körperlich zurückgebliebenen Mädchens, das im 4. und 5. Lebensjahre seine Eltern verlor und dann erst in einem Waisenhaus, später in einem katholischen Heim untergebracht gewesen war. Von einer in Frankfurt verheirateten Schwester übernommen wurde es dann schließlich als Kindermädchen auf einen großen bayrischen Bauernhof verdingt. Dort wird sie gehänselt, es wird ihr unmenschliche Arbeit aufgebürdet, sie muß um 4 Uhr früh aufstehen, darf nicht mit dem anderen Dienstpersonal an einem Tische essen und bekommt nur Brot, Kartoffeln und abgerahmte Milch vorgesetzt. Infolge ihrer geistigen Minderwertigkeit wird sie nicht nur von den Knechten, sondern auch von den Bauern des Dorfes mißbraucht. Völlig verlaust, zerlumpt und verwahrlost, scheu und verstockt, mit Geschwüren bedeckt wird sie von ihrer gewarnten Schwester geholt. Nicht daran gewöhnt, bricht sie anfangs jede gekochte Nahrung aus. Die Beratungsstelle kümmert sich um sie. Es wird festgestellt, daß eine geschlechtliche Infektion nicht vorliegt. Es wird der Versuch gemacht, das Kind in ein katholisches Gefährdetenheim zu bringen; aber es wird dort wegen ihres Zwergwuchses verspottet. Der Ort ihrer Dienststelle, der zugleich ihren Unterstützungswohnsitz bildet, fordert sie zurück. Es bleibt als einzige weitere vorläufige Maßnahme die Benachrichtigung des zuständigen katholischen Fürsorgevereins übrig, die ihrerseits den Pfarrer des Orts unterrichtet. — Unbekannt war die Adresse bei Durchsicht der Akten in 86 Fällen (= 7,2 Proz.) Fällen. Diese sind fast durchweg nicht erledigt. Irgendwann tauchen die Gesuchten, nach denen mit Hilfe des Einwohnermeldeamtes eifrig geforscht wird, immer wieder auf, und manchmal stellen sie sich auch von selbst ein.

In praktischer Hinsicht als ausgeschieden müssen diejenigen 17 (= 1,4 Proz.) Frauen und Mädchen betrachtet werden, die zur eingeschriebenen Prostitution übergingen; es kam vor, daß eine oder die andere sich in irgendeiner Sache Rat holte, aber zu beeinflussen waren sie nicht mehr. Bezeichnend für die unter den Prostituierten herrschende Auffassung ist die Bemerkung eines Mädchens, das sich schon für gebessert hielt, weil es nicht mehr wie früher sieben-, sondern nur noch dreimal wöchentlich auf den Strich ging.

Auf ausgesprochen abgleitender Bahn befanden sich 38 (= 3,2 Proz.) Schützlinge. Sie waren zwar noch nicht völlig aufgegeben, aber die Fürsorge beschränkte sich auf das Notwendigste, um sie nicht gemeingefährlich werden zu lassen. Ferner wurden 15 (= 1,25 Proz.), die nur gesundheitlich zu überwachen waren, der Geschäftsstelle, 11 (= 0,9 Proz.) der Polizeifürsorge und 31 (= 2,6 Proz.) der Sittenpolizei zur Fahndung überwiesen. Zu den letzteren gehörte eine 23jährige Stütze, die Syphilis und Gonorrhoe gehabt hatte und sich wahllos dem Geschlechtsverkehr hingab. Sie wird von sämtlichen Heimen, in denen sie gewesen, als aussichtslos abgelehnt; aus dem Krankenhaus entläßt man sie wegen Zänkischkeit. Sie gibt sich mit den Hausbewohnern ab, läuft im Hemd auf den Stiegen umher und lockt die Vorübergehenden dadurch in ihr Zimmer, daß sie sich nackt zeigt. Die Sittenpolizei setzt sie zunächst auf die Liste der gewerblicher Unzucht Verdächtigen und verlangt regelmäßige Gesundheitsatteste. Das endgültige Schicksal dieses Mädchens steht außer aller Frage. Untergebracht waren von den zu dieser Kategorie gehörenden 80 Schützlingen (= 6,7 Proz.) zur Zeit der Aktendurchsicht: 6 in Krankenhäusern, 11 in Irrenanstalten, 8 in konfessionellen Zufluchtsstätten, 4 im Mädchenschutzhaus, 1 in einem Magdalenenstift, 2 in einem Kloster zum Guten Hirten, 5 im evangelischen Frauenheim (Erziehungsanstalt) Elisabethenhof zu Marburg, 7 in der Abteilung für Mädchen der Landesheilanstalt zu Hadamar; 10 befanden sich in einer Fürsorgeanstalt des Landeshauptmanns, 10 in anderweitiger Fürsorge des Jugendamts, 7 verbüßten eine Gefängnisstrafe, 6 mußten als aus dem Mädchenschutzhaus und 3 aus dem Krankenhaus entwichen und vorübergehend unauffindbar gebucht werden.

In 172 Fällen (= 14,3 Proz.) war das Verhalten der Beratungsstelle den Schützlingen gegenüber abwartend. Es war eine weitere Beobachtung nötig, die natürlich zu Maßnahmen benutzt wurde. Eine Voraussage oder eine endgültige Beurteilung des

Falles war unmöglich. Manche Schützlinge halten die Beratungsstelle fortwährend in Schach. Bei den verheirateten Frauen sind es Ehezwistigkeiten, wiederholte Versöhnungen, Schwierigkeiten bei der Scheidung, zwischendurch Entbindungen, Kinderinfektionen, die sich oft in fortlaufender Kette wiederholen. Ist die syphilitische Infektion auf beide Eheleute übergegangen, so bietet der wechselnde Ausfall der Wassermannschen Probe vielfach eine Quelle von Beunruhigungen, die ein Eingreifen mehr seelsorgerischer Art seitens der Beratungsstelle verlangen, um eine Unterbrechung der Behandlung zu verhüten. Die Verbindung mit den Ärzten, die oft ein Dutzend und mehr schriftliche und telephonische Anfragen erfordert, die Sorge für den durch die langwierige Krankheit der Mutter oft sehr vernachlässigten Haushalt, die Verhütung der Übertragung der Krankheit auf die oft sehr gefährdeten Kinder, die Beschaffung der notwendigen Unterhaltungsmittel, Arbeitsvermittlung, das sind alles Aufgaben, die von der Beratungsstelle gelöst werden müssen. Als ein Beispiel für das Wirken der Fürsorge sei folgender in gewisser Hinsicht typischer Fall mitgeteilt. Bei dem psychopathisch veranlagten Mädchen spielt ihr Kind eine große Rolle; sie hing zwar sehr an ihm, verfiel aber immer wieder einem lockeren Lebenswandel. Sie nimmt Haushaltsposten bei alleinstehenden Herren an. Sie wird wegen Abtreibung zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Es gelingt aber, mit Hilfe eines psychiatrischen Gutachtens einen dreijährigen Strafaufschub zu erwirken. Sie infiziert sich mit Gonorrhoe, später mit Syphilis. In allen Nöten wendet sie sich an die Beratungsstelle. Sie wird vielfach in den zur Verfügung stehenden Heimen untergebracht, mit dem Erfolg, daß sie dann für eine Zeitlang vom freien Verkehr ausgeschaltet ist und somit als Infektionsquelle nicht in Betracht kommt. Dann aber entfernt sie sich plötzlich aus dem Heim und verfällt wieder in ihren alten Lebenswandel. Im Krankenhaus weiterbehandelt hetzt sie und beteiligt sich an einem Komplott, das darauf hinzielt, Männer kommen zu lassen. Bei einem Besuch in der Stadt erliegt sie der ersten Versuchung, die an sie herantritt. Sie sucht immer wieder von neuem Halt in der Beratungsstelle, die ihren Hang zum Kinde benutzt, um sie auf einige Zeit dem lockeren Leben zu entziehen. Bei diesem Mädchen handelt es sich natürlich um einen Dauerfall, bei dem man sich damit begnügen muß, das Mädchen zeitweise einem ruhigen Leben zuzuführen, im übrigen aber ihren völligen Verfall zu verhüten.

In zahlreichen Fällen stand zur Zeit der Aktendurchsicht die

Behandlung insofern im Vordergrunde, als die Fürsorge von ihrem Verlaufe abhängig war. Bei 265 (= 22,1 Proz.) Pfleglingen ging die Behandlung **regelmäßig** vor sich, ohne daß die Ärzte über Nichtachtung ihrer Vorschriften klagen konnten, während in 84 (= 7 Proz.) Fällen Unterbrechungen vorkamen, und es stets der Mahnungen, ja der Drohungen bedurfte, um die Kranken zum Besuch des Arztes zu veranlassen.

Die angegebenen Zahlen zeigen, daß eine Erledigung von Fällen im strengen Sinne des Wortes selten ist. Das liegt aber in der Natur der Sache begründet: die Fürsorgearbeit erstreckt sich auf ein äußerst schwieriges Menschenmaterial, bei dem stets Konflikte mit den Veranlagungen ausgelöst werden. Sie ist durchaus **Psychopathenfürsorge**. Wenn man nach der Zahl der endgültig Geretteten fragt, so wird die Antwort wahrscheinlich recht kläglich ausfallen. Denn es muß offen zugegeben werden, daß auch ein Teil derer, die als geheilt oder aus anderen Gründen aus der Fürsorge ausscheiden, sich völliger geistiger Gesundheit erfreut und nur durch die Umstände getrieben wurde, die Hilfe der Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen, also nicht eigentlich zu den Gefährdeten gehört. Wir dürfen bei der Beurteilung der Erfolge die Ansprüche an die soziale Fürsorge nicht zu hoch stellen. Die durch ungünstige Gelegenheit in die Fürsorge Gekommenen müssen wieder gefestigt werden; sie selbst haben genügend Kräfte, um die ihnen dargebotene Hand zu ergreifen und sich wieder aufzurichten. Das gelingt bei der Mehrzahl der Schützlinge, soweit sie psychopathisch veranlagt oder willensschwach sind, nur ausnahmsweise. Es ist aber nicht nur im Interesse der Erkrankten oder Gefährdeten, sondern auch in dem ihrer Umgebung, überhaupt der menschlichen Gesellschaft, wenn es gelingt, sie zeitweise jedem Verkehr zu entziehen, ihnen die Möglichkeit zu nehmen, ihre Krankheit weiterzuverbreiten, sich selbst neu anzustecken, sie mit Hilfe der verschiedenen direkten oder indirekten Fürsorgemaßnahmen unschädlich zu machen. Es ist schon von hohem Wert, wenn man einzelne Ansteckungen verhüten kann. An erster Stelle muß das Interesse der Allgemeinheit stehen; erst in zweiter Linie kommt die Rücksicht auf die Person. Einschränkung der Weiterverbreitung ist aber eins der Hauptziele der Geschlechtskrankheitenbekämpfung. Erschwert wird die Erreichung dieses Ziels durch die oft recht große Spanne der Zeit, während der die Erkrankten sich in ansteckungsfähigem Zustande befinden; es bedarf einer nicht zu erlahmenden Geduld, um hier nicht in seinen Bemühungen nachzulassen.

Eine der weiteren Hauptaufgaben der Beratungsstelle besteht in der Aufklärung der Schützlinge. Daß oft bei Geschlechtskranken jegliches Verständnis für den wahren Sachverhalt fehlt, ist eine Erfahrung, die jeder in der sozialen Arbeit Stehende auf Schritt und Tritt immer wieder machen muß. Vielfach verkehrten Mädchen, trotzdem sie von der Geschlechtskrankheit des Mannes wußten, unbesorgt mit ihm weiter. Merkblätter nützen da wenig. Sie schematisieren die Aufklärung, und werden von den Schützlingen nicht selten als das empfunden, was sie ja eigentlich auch sind: als Ersatzmittel für eine mündliche Aussprache. Sie ersparen zwar den Fürsorgern Zeit, wiegen aber die Aufklärung durch persönliche Fühlungnahme durchaus nicht auf. Aussprache unter vier Augen ist unbedingt das Sinngemäße für die Beratungsstelle und ihre oft nicht vollwertigen Schützlinge. Es müssen besonders auch die geschlechtskranken Mütter belehrt werden, daß die Krankheit auf die Kinder auf den verschiedensten Wegen übertragbar ist. Das Schlafen in einem Bett, die gemeinsame Benutzung von Handtüchern, von Eßgeräten bieten die Möglichkeit einer Weiterverbreitung; das muß hervorgehoben werden, wozu sich bei den Hausbesuchen wohl die passendste Gelegenheit bietet. Eine Mutter, die früher Kellnerin gewesen war, gab ihrem halbjährigen Kinde Nudeln, die sie vorgekaut hatte, um sie mundgerecht zu machen. Andererseits ist Aufklärung der Umgebung — natürlich nur mit Genehmigung der Erkrankten — nötig, um sie darauf aufmerksam zu machen, daß Geschlechtskranke zumal im Haushalt ohne Kinder bei peinlicher Beobachtung der Sauberkeit ungefährlich sind. Vielfach kam es vor, daß Eltern ihre kranke Tochter nicht wieder aufnehmen wollten, nicht aus moralischen Gründen, sondern weil sie eine Ansteckung fürchteten. Es müssen also viele Vorurteile überwunden werden. Gelegentlich müssen auch Eltern darauf hingewiesen werden, wie notwendig es ist, daß sie ihre Kinder in einem geschlechtlich gesunden Sinne erziehen. Könnte doch eine vernünftige sexuelle Erziehung der Jugend einen Grundpfeiler für die Gesundung unseres gesamten unaufrichtigen Geschlechtslebens bilden.

Es sei noch kurz auf die Stellung der Beratungsstelle für kranke Frauen und Mädchen im städtischen Verwaltungskörper eingegangen. Sie untersteht dem Stadtgesundheitsamt. Ein Unterausschuß zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dem außer den zuständigen Gesundheitsbeamten Vertreter der Polizei, der städtischen sozialen Ämter, der Ärzteschaft, der Ge-

schäftsstelle für öffentliche Gesundheitsfürsorge, der charitativen Vereine und Stadtverordnete angehören, bearbeitet neben allgemeinen Fragen auch die Angelegenheiten der Beratungsstelle. Außer drei Fürsorgerinnen beschäftigt die Beratungsstelle noch eine Bürohilfe. Die erste Fürsorgerin hat die Leitung und versieht zugleich mit der zweiten den Innen- und Außendienst, während ausschließlich die Geschlechtskrankenabteilungen der Krankenhäuser das Tätigkeitsfeld der dritten bilden. Irgendwelche selbstständigen Mittel stehen nicht zur Verfügung, so daß in allen Fällen, in denen positive Hilfe geleistet werden muß, andere Stellen in Anspruch genommen werden müssen. In ärztlichen Fragen steht der Beratungsstelle der zuständige Dezernent des Stadtgesundheitsamts zur Seite.

Wie wird die soziale Fürsorge für Geschlechtskranke in anderen Städten gehandhabt? In der Mehrzahl der Orte findet eine solche überhaupt nicht oder nur nebenbei als Teil der allgemeinen Fürsorge statt. In anderen besteht eine Polizeifürsorge, die sich aber in erster Linie auf die polizeilich aufgegriffenen Personen beschränkt und die anderen, zumal die aus dem Krankenhaus entlassenen außer acht läßt oder sie erst in zweiter Linie berücksichtigt. Andere Städte haben ein Pflegamt, das zwar zunächst die Polizeifürsorge in den Händen hat, aber seinen Wirkungskreis auf Gefährdete ausdehnt. Beispiele hierfür sind Altona, Hamburg, Dresden, während in Halle das städtische Schwesteramt, in Stettin die Wohlfahrtsstelle, diese Aufgaben übernehmen. In diesen Städten bestehen nebenbei auch die Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt. Wie in der Zukunft sich die soziale Fürsorge für Geschlechtskranke regeln läßt, ist noch nicht sicher; doch ist wohl die gesetzliche Einführung von Pflegämtern zu erwarten, die dann die zuständigen Stellen wären. Die Beratungsstelle in Frankfurt a. M. hat sich selbständig entwickeln müssen. Irgendwelche anderweitigen Erfahrungen, auf denen sie aufbauen konnte, lagen nicht vor. Es ist selbstverständlich, daß auch Lehrgeld gezahlt werden mußte, daß auch jetzt noch Mängel vorhanden sind, die des Ausgleichs harren. In ernsthafte Erwägung muß gezogen werden, ob nicht der Geschäftsstelle gegenüber eine Arbeitsteilung in der Weise erfolgen könnte, daß diese die gesundheitliche Fürsorge, soweit sie die Kontrolle der Behandlung betrifft, gänzlich übernähme, die soziale Fürsorge dagegen ausschließlich Sache der Beratungsstelle wäre. Alles in Allem muß gesagt werden, daß die Tätigkeit der Beratungsstelle bisher eine sehr ersprießliche gewesen ist, und daß ihre Einrichtung sich so bewährt hat, daß man sie

im Rahmen einer nachhaltigen Bekämpfung der Geschlechtsleiden nicht missen möchte.

Die Beratungsstelle hat nicht, wie es von vornherein geplant war, ihren Wirkungskreis auf Frauen und Mädchen beschränken können; die Wahrung der Interessen ihrer Schützlinge brachte sie, wie aus dem bereits Gesagten hervorgeht, in zahlreichen Fällen in Berührung mit Männern, mochten sie nun als Ehemänner, als Verlobte, als Infektionsquellen, als Kindesväter in Beziehung zu den Nöten stehen, die jene der Fürsorge zugeführt hatten. Bei den Verhandlungen mit ihnen stellte es sich nun heraus, daß auch von ihnen manche der Fürsorge bedürfen. Für eine solche nicht in Betracht kommen natürlich solche Männer, die sich völlig der Tragweite ihrer Handlungen bewußt sind und auch danach handeln. Andere dagegen tun das durchaus nicht; sie sind z. T. unzugänglich: es ist ihnen die Überzeugung nicht beizubringen, daß sie, solange sie im Ansteckungsstadium sich befinden (von den späteren Stadien soll hier ganz abgesehen werden!), Pflichten gegen ihre Mitmenschen, besonders gegen diejenigen, die sie krank und siech gemacht, haben, daß sie sich den Folgen ihres leichtfertigen Handelns nicht entziehen dürfen. In solchen Fällen bleibt nur ein gesetzliches Vorgehen übrig. Es gibt aber auch geschlechtskranke Männer, die nur in Unkenntnis oder in Selbsttäuschung ihr Leiden verbreitet haben und nun bei Erkennung dessen, was sie dem anderen Teil zugefügt haben, plötzlich ernüchtert und für alle Einsprüche zugänglich werden. Solche Männer bedürfen der Fürsorge, die in erster Linie in einem Eingehen auf ihre persönlichen Verhältnisse besteht und zunächst das Ziel hat, daß der andere geschädigte Teil zu seinem Recht kommt. Diese Aufgabe erfüllt die Beratungsstelle. Aber es wäre zu wünschen, daß die Fürsorge noch weiter ginge und sich nicht nur auf solche, durch einen Zufall zur Kenntnis gekommene Fälle erstreckt. Es müßte z. B. ein junger Mann, der, im Alkoholrausch von seinen Kameraden verführt, sich infiziert hat, Gelegenheit haben, sich nicht nur einen Rat über sein Verhalten während des Krankseins zu holen — das ermöglicht ihm die Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt — sondern auch, wenn nötig, tatkräftige Unterstützung zu finden. Solche ist zuweilen notwendig, um den weiteren Lebensweg des Betroffenen zu ebnen. In einem Falle wurde, wie erwähnt, die Beratungsstelle von einem geschlechtskranken, im Krankenhause liegenden Manne ersucht, seine Frau über den Sachverhalt aufzuklären. Es kann erforderlich

werden, bei jugendlichen Geschlechtskranken mit Eltern und Erziehern zu verhandeln; es ist vielleicht notwendig, den künftigen Umgang des Betroffenen zu regeln, ihm die Möglichkeit körperlicher Betätigung zu verschaffen. Solche und ähnliche Aufgaben könnten am besten von einem erfahrenen Fürsorger oder einer älteren Fürsorgerin übernommen werden. Es ist zweifellos, daß bei richtiger Anleitung viel Unheil verhütet werden kann; gibt es doch unter den Jugendlichen männlichen Geschlechts in gleicher Weise Gefährdete wie unter den Mädchen. Auch unter den Männern sind Zustände nicht selten, die einer Prostitution durchaus entsprechen. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat lange genug daran gekrankt, daß sie ihr Hauptaugenmerk auf das weibliche Geschlecht als Verbreiterin der Ansteckung richtete. Wir kommen aber nur dann weiter, wenn wir an beide Geschlechter den gleichen Gesichtswinkel anlegen. Auch an die Fürsorge der Männer dürfen nicht zu hohe Erwartungen gestellt werden: die schürfende Fürsorgearbeit muß unentwegt im Stillen weiter wirken, selbst wenn die Erfolge sich nicht zahlenmäßig belegen lassen. Erübrigen ließe sich die soziale Geschlechtskrankenfürsorge nur, wenn es gelingen würde, in jedem Menschen das Bewußtsein einzupflanzen, daß eine Geschlechtskrankheit Pflichten auferlegt, daß aber, wer diese Pflichten nicht erfüllt, als Schädling betrachtet und behandelt werden muß.

Aus dem sozialhygienischen Seminar der Universität Berlin.
(Leiter: Prof. Dr. A. Grotjahn.)

Über Ledigenheime.

Von Dr. med. GEORG BENJAMIN, Berlin.

Die sozialhygienische Bedeutung der Wohnung besteht sowohl in ihrer Einwirkung auf Verlauf und Ausgang vieler Krankheiten, als auch darin, daß sie häufig einen wichtigen oder sogar entscheidenden Faktor für die Entstehung und dementsprechend auch Verhütung von akuten und chronischen Krankheiten bildet. Bis vor kurzem richtete sich die Aufmerksamkeit der hygienischen Forschung vorwiegend auf den Zusammenhang der akuten Krankheiten mit Wohnungsverhältnissen; mit dem Fortschreiten der bakteriologischen Diagnostik trat hierin ein gewisser Umschwung ein. Zwar spielt auch heute noch die Wohnung bei der Ausbreitung akuter Seuchen eine wichtige Rolle. Über diese Zusammenhänge unterrichtet neuerdings Wollenweber (27) für die Ausbreitung von Typhus, Scharlach, Genickstarre u. a. Insbesondere setzt er die Morbiditätsziffer in Beziehung zur Behausungsziffer und zeigt an einer größeren Zahl westfälischer Industrieorte den Parallelismus im Ansteigen dieser beiden Zifferreihen auf.

Ungleich größere Bedeutung hat aber heute die Abhängigkeit verschiedener chronischer Krankheiten, vor allem der Lungentuberkulose und der Rachitis, sowie der Sommersterblichkeit der Säuglinge von Größe und Beschaffenheit der Wohnung. Der innige Zusammenhang von Wohnweise und Lungentuberkulose wurde in letzter Zeit an Hand statistischen Materials mehr und mehr aufgedeckt, und diese von manchen als Wohnungskrankheit im eigentlichsten Sinne bezeichnet. [1])

---

[1]) So z. B. F. Hueppe in Weyl's Handbuch der Hygiene, Bd. IV.

Nur einer der mannigfachen Wohnungsschäden soll uns an dieser Stelle beschäftigen: die Wohnungsüberfüllung. Und zwar insofern als sie nicht selten herbeigeführt oder verstärkt wird durch die Aufnahme von Schlafgängern. In allen Städten, in denen das Schlafgängerwesen typisch entwickelt ist, und in denen darüber statistische Angaben bestehen, findet die überwiegende Zahl von Schlafgängern Aufnahme in Wohnungen von höchstens drei Zimmern und Küche. „Vermutlich ist mehr als die Hälfte der Schlafgänger in Wohnungen mit zwei Zimmern und Küche, bzw. drei Räumen, und auf alle Fälle ist die überwiegende Mehrzahl in Wohnungen mit drei Zimmern und Küche, bzw. vier Räumen untergebracht" (1). Daß unter diesen Umständen die Schlafgänger zur Überfüllung der Wohnungen beitragen oder eine solche herbeiführen, ist wahrscheinlich. Einige Zahlen von Altenrath (1), die den Beweis dafür erbringen, seien hier angeführt. Sie sind der Essener Statistik entnommen.

Haushaltungen	Auf einen Wohnraum kommen Personen in Wohnungen mit									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	über 9
	Wohnräumen									
ohne Aftermieter	1,79	1,94	1,69	1,33	1,07	0,93	0,85	0,78	0,72	0,63
mit Aftermieter	2,83	2,61	2,08	1,76	1,45	1,25	1,18	1,17	1,06	1,03

„Danach wird die Wohndichtigkeit durch die Aftermieter bei den einräumigen sowie auch bei den acht- und mehrräumigen Wohnungen um die Hälfte und mehr als die Hälfte und bei den mittleren Wohnungen um durchschnittlich ein Drittel gesteigert.... In Nürnberg ergibt sich ebenfalls infolge der Untervermietung eine stärkere Raumbelastung als in den Wohnungen ohne Untervermietung. . . . Bei den Mietwohnungen im allgemeinen kommen 1,04 Personen auf den Raum, bei den Mietwohnungen mit Untermietern 1,22." Zusammenfassend sagt Altenrath über diese Frage: „Wir dürfen daher mit Recht feststellen, daß das Schlafgängerwesen an dem Zustandekommen der Übervölkerung — Übervölkerung richtig gerechnet und festgestellt — einen nicht geringen Anteil hat."

Es sind aber durchaus nicht nur die aus der Wohnungsüberfüllung hervorgehenden hygienischen Schäden, d. h. vor allem die Verbreitung akuter und chronischer Infektionskrankheiten, die dem Schlafgängerwesen zur Last fallen. Eine Anzahl anderer gesund-

heitlicher Gefahren liegt der Eigentümlichkeit selbst des Schlafstellenwesens zugrunde, läßt sich allerdings im Gegensatz zu den eben besprochenen statistisch kaum fassen. Wie der Name sagt, steht die Schlafstelle dem Mieter in der Regel nur für die Nacht zur Verfügung; die Benutzung des Schlafraumes ist während der Tagesstunden dem Wohnungsinhaber vorbehalten, während dem Zimmermieter auch am Tage die alleinige Benutzung seines Zimmers zusteht. Es ist also der ledige oder verwitwete Mieter bzw. die Mieterin einer Schlafstelle während der arbeitsfreien Zeit am Tage auf den Aufenthalt außerhalb der Wohnung angewiesen; besonders schwierig gestalten sich häufig die Verhältnisse für den nachts arbeitenden Schlafgänger. Der betreffende Arbeiter wird dann besonders im Winter in die Restauration und damit für gewöhnlich zum Alkoholkonsum getrieben, sowie — und dies fällt besonders für die Schlafgängerin ins Gewicht — den Gefahren des städtischen Straßenlebens ausgesetzt. Außerdem führt das enge Zusammenleben familienfremder Menschen, besonders da, wo junge Männer in Haushalten mit heranwachsenden jungen Mädchen schlafen, häufig zur Anknüpfung geschlechtlicher Beziehungen und wird oft genug zu venerischer Infektion oder zu unerwünschter Konzeption und später dann zur Abtreibung mit ihren Gefahren führen. Charakteristisch für diese Zustände ist die Äußerung eines Arbeiters über die „Vorteile“ des Schlafstellenwesens: „Ohne ein bißchen Liebe geht's selten ab“ (21).

Zur Steuerung dieser Gefahren, besonders der aus der Wohnungsüberfüllung hervorgehenden, sind bereits seit Jahrzehnten in verschiedenen deutschen Städten und Kreisen behördliche Maßnahmen getroffen worden, meist fußend auf besonderen Schlafstellenordnungen, die Meldepflicht, Schlafstellenkontrolle, Mindestforderungen hygienischer Art usf. vorsahen. Es ist aber ohne weiteres einzusehen, daß in Zeiten so großer Wohnungsnot, wie sie schon seit Jahren in Deutschland herrscht, dergleichen Verfügungen wesentlichen Nutzen nur dann bringen können, wenn den aus unzureichenden Quartieren ausgewiesenen Schlafgängern bessere gegeben werden können.

Solchen auf Schlafstellen angewiesenen ledigen oder verwitweten männlichen und weiblichen Personen, besonders also Arbeitern, Angestellten, Beamten usw. Ersatz für ihr häufig ungenügendes Quartier zu schaffen, ist die Aufgabe von Schlafhäusern, Menagen, Ledigen- und Gesellenheimen und ähnlichen Einrichtungen. Sie alle tragen dazu bei, den Gefahren der Wohnungsüberfüllung zu

steuern, die durch das Aftermietwesen, wie wir sahen, nicht unwesentlich verstärkt wird. Inwieweit diese Einrichtungen auch die Aufgabe erfüllen, ihren Mietern ein wohnliches Heim zu schaffen, und sie so nach Möglichkeit von Gastwirtschaft und Straße fernzuhalten, wird im folgenden zu untersuchen sein.

Die ersten Maßnahmen zur Unterbringung lediger Arbeiter und Arbeiterinnen entsprangen wirtschaftlichen Unternehmerinteressen; sie finden sich in Deutschland bereits in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts und zwar vorwiegend in solchen Gegenden, wo für die Unterbringung einer größeren Zahl von Arbeitern für neu gegründete Industriewerke nicht genügend Wohngelegenheiten vorhanden waren. Weiterhin wurden in der zweiten Hälfte des neunzehnten und zu Beginn dieses Jahrhunderts von zahlreichen industriellen Unternehmungen Schlaf- und Kosthäuser erbaut. Wir finden solche dementsprechend besonders im rheinisch-westfälischen, sächsischen und schlesischen Industrierevier. Sie alle haben das gemein, daß sie eine mehr oder weniger große Zahl von Arbeitern der betreffenden Werke — bis zu 1200, wie in dem Schlafhaus des Bochumer Vereins für Bergbau und Gußstahlfabrikation — in Zimmern bzw. Sälen zu zwei bis drei bis zu 20—25 Betten unterbringen. In ihrer Einrichtung waren und sind diese Häuser noch heute z. T. kahl und kasernenmäßig, die Betten z. B. nicht selten zu zweit übereinander gestellt, die Hausordnung häufig sehr scharf und auch durchaus dem Kasernenreglement nachgebildet. Der Preis für die Benutzung des Bettes war unter Vorkriegsverhältnissen in der Regel sehr niedrig. Auf Rentabilität und Amortisation wurde von vornherein verzichtet und die Einrichtungen als Wohltätigkeitseinrichtungen betrieben. Natürlich steht die Benutzung den Arbeitern nur für die Zeit ihrer Beschäftigung in dem betreffenden Werk frei. — Nur in den neueren Heimen dieser Art liegen die Verhältnisse günstiger. So enthält z. B. das Ledigenheim des Röchling'schen Eisen- und Stahlwerks in Völklingen 486 Betten in Räumen mit 4—26 Betten; daneben aber Lesesaal, einen großen Speisesaal, der abends auch als Turnsaal dient, einen großen Garten, Warmwasserversorgung und andere Bequemlichkeiten.

Aus diesen kurzen Bemerkungen geht bereits hervor, daß so beschaffene Schlafhäuser, die bei der Firma Krupp früher nicht zu Unrecht als Arbeiterkasernen offiziell bezeichnet wurden, im allgemeinen nicht die wünschenswerte Art der Unterbringung lediger Arbeiter darstellen. Es hat sich denn auch vielfach gezeigt, daß in Gegenden, wo neben diesen Schlafhäusern noch Angebot an

Schlafstellen vorhanden war, diese letzteren von den Arbeitern vorgezogen wurden (21). Diesen ein wohnliches, wenn auch noch so kleines Eigenheim zu schaffen, ist nicht nur eine gesellschaftlich humanitäre Forderung, sondern auch ein Postulat der sozialen Hygiene, sofern wir den gesundheitlichen Gefahren des Schlafstellenwesens und des Gasthaus- und Straßenlebens wirksam begegnen wollen.

Besser als von derartigen Schlafhäusern wird diese Aufgabe von Ledigenheimen erfüllt. Solche wurden in Deutschland in allmählich wachsender Zahl erst seit Ende des vorigen Jahrhunderts von gemeinnützigen Vereinen, Unternehmern, konfessionellen Verbänden, von Kommunen und neuerdings auch von Baugenossenschaften errichtet. Es bestehen zwei in der Einrichtung sich wesentlich voneinander unterscheidende Typen. Von weniger wichtigen Verschiedenheiten abgesehen, liegt der Hauptunterschied in folgendem: die einen enthalten Schlafsäle, die durch nicht bis zur Decke und zum Fußboden durchgeführte Wände in kabinenartige kleinste Betträume eingeteilt sind; diese dienen nur zur Benutzung in der Nacht, während große für die Allgemeinheit bestimmte Tageswohnräume getrennt davon liegen. Der andere Typ ist charakterisiert dadurch, daß die Mieter in ein- oder zwei- bis dreibettigen, vollständig abgeschlossenen Zimmern untergebracht sind, die auch zum Tagesaufenthalt bestimmt sind. Dieser zweiten als der in Deutschland am meisten vertretenen Form wenden wir uns zunächst zu. Verfasser greift in den folgenden Abschnitten häufig zurück auf die Verhältnisse in dem im Norden Berlins im Fabrikviertel (am Brunnenplatz) gelegenen Heim, in dem er über anderthalb Jahre wohnte. Auf wichtige andersartige Einrichtungen in Heimen des gleichen Typs wird jeweilig hingewiesen werden.

Die größeren dieser Heime (z. B.: Charlottenburg, Berlin, Waldenserstr. und Brunnenplatz, Straßburg, Düsseldorf, Stuttgart u. a.) weisen in der Anlage weitgehende Übereinstimmung auf.[1]) Während im Erdgeschoß sich eine Anzahl für die Verwaltung bestimmter Räumlichkeiten, eine Speisewirtschaft, Bäder und in mehreren auch Läden befinden, dienen die oberen Stockwerke Wohnzwecken. Hier befindet sich eine meist gleichmäßig große Zahl von Zimmern, Aborte, Wasch- und Putzräume und gelegentlich auch Lesesäle.

---

[1]) Dagegen sind die Pläne der katholischen Gesellenhäuser meist mehr oder weniger der Nebenaufgabe, als Versammlungsmittelpunkt zu dienen, angepaßt.

In den meisten Häusern ist die Mehrzahl der Mieter in Einzelzimmern untergebracht, so in Charlottenburg, in den Berliner Heimen, in Weißensee, Düsseldorf u. a.; in dem Stuttgarter Arbeiterheim sind dagegen von 233 Betten nur 17 in Einzelzimmern; ähnlich auch in dem 1911 in Betrieb genommenen neuen Stuttgarter Ledigenheim. Die katholischen Gesellenhospize verfügen gewöhnlich über ein- und dreibettige Zimmer in wechselnder Zahl nebeneinander, während die zweibettigen sittlicher Bedenken wegen im allgemeinen nicht gebaut werden. (Über die Verhältnisse in einigen anderen Heimen vgl. die Schlußtabelle.)

Einen ausschlaggebenden Faktor für die hygienische Beurteilung eines Wohnraumes bildet sein auf den Kopf der Bewohner berechneter Luftgehalt. Unter Berücksichtigung der natürlichen Lufterneuerung durch die Poren der Wände und die Ritzen der geschlossenen Fenster, sowie der stündlichen Kohlensäureausscheidung des Menschen ist der Mindestluftraum errechnet worden, unter den ein gesundheitlich einwandfreier Wohnraum nicht gehen darf. Danach gibt Flügge[1]) 16 cbm als den minimalen Luftraum für einen Menschen an, während Gretzschel[2]) sich in Weyl's Handbuch der Hygiene der Rubner'schen Berechnung anschließt, nach der nur 10 cbm als Mindestmaß für den Schlafraum eines Erwachsenen zu gelten haben, ebensoviel für den Wohnraum, zusammen also etwa 20 cbm. Es wurde schon oben bei der Beurteilung der Schlafhäuser darauf hingewiesen, daß es vom sozialhygienischen Gesichtspunkt aus nicht nur auf die Einrichtung eines hygienisch einwandfreien Raumes ankomme, sondern auch darauf, dem Bewohner ein Heim zu schaffen, in dem er sich während seiner arbeitsfreien Zeit wohlfühlt, und das ihn von der Schankwirtschaft und der Straße nach Möglichkeit fernhält. Es ist demnach selbstverständlich, daß sich die Größe der Zimmer in einem Ledigenheim nicht im Bereich einer Mindestforderung von 10—15 cbm bewegen darf. Ein solcher „Raum", der etwa die Ausmaße von 2 : 2 : 2,8 m haben könnte (= 11,2 cbm entsprechend der Mindestforderung der Charlottenburger Schlafstellenordnung von 1911) würde eben gerade für Bett und Stuhl Platz bieten und somit auch wieder nicht mehr als eine, wenn auch verbesserte, Schlafstelle sein. In den Ledigenheimen des jetzt besprochenen Typs sind denn auch diese Maße überall, zum Teil um mehr als das Doppelte überschritten worden. Sie betragen im Heim:

[1]) Flügge, Grundriß der Hygiene. 7. Aufl.
[2]) Weyl's Handbuch der Hygiene. IV. Band. 5. Abt. II. Aufl.

	Länge	Breite	Höhe		
Berlin (Brunnenplatz)	4	2	3	= 24	cbm
Dieselben Maße etwa in Weisensee					
Berlin (Waldenserstr.)	3	2	2,95	= 17,7	„
Charlottenburg					
in 285 einbettigen Zimmern	3,05	2	3	= 18,3	„
in 12 zweibettigen Zimmern	3,5	3	3	= 31,5	„
d. h. pro Kopf 15,75 cbm					
Düsseldorf					
in den 137 Einzelzimmern	3,3	2,18	3	= 21,6	„
Charlottenburg					
in 12 dreibettigen Zimmern	5	3	3	= 45	„
d. h. pro Kopf 15,0 cbm					
Straßburg (katholisches Gesellenhospiz)					
einbettige Zimmer	4,4	2,1	3	= 27,7	„
zweibettige Zimmer	4,4	3	3	= 39,6	„
d. h. pro Kopf 19,8 cbm.					

Besonders große Zimmer weisen die Logierhäuser der Firma Krupp für unverheiratete Facharbeiter auf. Nämlich Bodenflächen von 2,8 : 3,8 in Einzelzimmern und von 3,86 : 3,76 in zweibettigen Zimmern, d. h. da diese neuen, fast luxuriös eingerichteten Häuser vermutlich mindestens drei Meter hohe Zimmer haben werden, ein Luftraum von 32 bzw. 21,8 cbm. (Über Maße in anderen Heimen vergleiche die Schlußzusammenstellung.)

Verfasser bewohnte, wie erwähnt, während aller Jahreszeiten ein Zimmer in dem an erster Stelle genannten Heim. Der Aufenthalt in diesen Räumen ist bei jeder Witterung erträglich; allerdings bedarf es für den Sommer in den nach Sonnenseiten gelegenen Zimmern dichter Schutzvorhänge, um unangenehme Erwärmung zu vermeiden. Auch die um über 6 cbm kleineren Zimmer des an zweiter Stelle genannten Heimes genügen nach Aussagen kritischer Bewohner den Anforderungen an hinreichenden Luftraum und Bewegungsspielraum. Selbst wenn man aber mit dem Luftraum noch unter 15 cbm heruntergehen wollte in der Überlegung, daß die Durchlüftung und Wiedererwärmung eines so kleinen Zimmers sehr schnell von statten geht, müßte man davon schon allein deshalb abstehen, weil bei einer Bodenfläche von weniger als 2 : 2,5 m die Unterbringung auch nur der notwendigsten Möbel: Bett, Schrank, Tisch und ein Stuhl nicht mehr möglich wäre. — Daß man in den späterhin zu betrachtenden Ledigenheimen englischen Typs einen anderen Weg eingeschlagen und so dennoch kleinere Schlafräume geschaffen hat, wird gezeigt werden.

Die Einrichtung der Zimmer ist im allgemeinen gleichartig.

Eiserne Bettstellen mit Seegrasmatratzen, Schrank, Tisch, ein bis zwei Stühle und ein einfaches Waschgestell bilden das Mobiliar.

Ohne Schwierigkeit ist in diesen kleinen Zimmern eine genügende Beleuchtung durch Tageslicht zu erreichen. Im allgemeinen wird von Hygienikern und Architekten als Mindestmaß ein Zehntel bis ein Zwölftel der Bodenfläche als Fensterfläche verlangt, eine Forderung, die ohne Zweifel in den Heimen überall überschritten wird. So ist die Lüftungsfläche der Fenster im Ledigenheim Brunnenplatz 2 : 0,9 m gegenüber einer Bodenfläche von 8 qm. Gerade wegen dieser verhältnismäßig großen Fensterfläche wäre aber die Anbringung von Oberlichtöffnern wünschenswert, um eine gleichmäßige Dauerlüftung besonders in den kühlen Übergangsjahreszeiten zu ermöglichen.

Die günstige Anlage der künstlichen Beleuchtung — in den neueren Heimen handelt es sich ausnahmslos um elektrische Beleuchtung der Zimmer — bietet gewisse Schwierigkeiten. Die in etwa 1 m Abstand von der Decke in der Mitte des Zimmers angebrachte 16—25 kerzige Metallfadenlampe verbreitet zwar hinreichend diffuse Helligkeit, genügt aber nicht zur Beleuchtung des an der Zimmerwand stehenden Tisches beim Lesen und Schreiben. Es wäre daher zweckmäßiger den Lampenschirm tiefer und über dem Tisch anzubringen oder noch besser eine verstellbare Zugvorrichtung einzurichten, wie wir es z. B. im katholischen Gesellenhospiz in Köln und im Ledigenheim in Weißensee finden, eine Einrichtung, die übrigens von vielen Mietern selbständig vorgenommen wird.

Die Beheizung erfolgt in den neueren Heimen durch zentrale Niederdruckdampfheizung, die sich überall als praktisch erwiesen hat. In den Zimmern liegen entweder einfache Heizschlangen ohne Regulierungsvorrichtung oder ein kleiner Heizkörper, der z. B. im Heim am Brunnenplatz 6 etwa 0,50 m hohe Rippen hat.

Auch die Beschaffenheit von Wänden und Fußböden ist für die hygienische Beurteilung der Zimmer von Bedeutung. Es muß alles vermieden werden, was die Verbreitung von Ungeziefer fördern könnte, die ja in einem von mehreren hundert Menschen dicht bewohnten Gebäude leicht zu einer unerträglichen Kalamität führen würde. So gibt es natürlich nirgendwo Tapeten; die Wände tragen einen glatten oder gemusterten Öl- oder Leimfarbenanstrich. Als Trennwände zwischen den Zimmern müssen schalldämpfende Materialien verwendet werden, so in Charlottenburg nach Walter (20) Lugino-Schlackenwände. Der Fußboden ist zumeist mit fugenlosem

Linoleum belegt. — Trotzdem wird aus mehreren Heimen (Charlottenburg, Waldenserstraße u. a.) über Vorkommen von Wanzen geklagt, die gelegentlich von Mietern eingeschleppt werden und sich dann auch in benachbarte Zimmer verbreiten. In Charlottenburg scheinen sie bereits zu einer ständigen Plage geworden zu sein, gegen die auch die auf jede Meldung erfolgende Ausschwefelung der Zimmer nicht mehr ankann. Überhaupt macht das Charlottenburger Heim im ganzen, trotzdem es erst 14 Jahre in Benutzung ist, schon einen ziemlich stark verwohnten Eindruck. Gelegentlich ist in den Heimen, in denen Kochküchen zur Benutzung der Mieter existieren, auch das Vorkommen von Küchenschaben beobachtet worden, die sich auch in Zimmer verirrten, aus diesen aber ohne Schwierigkeiten vertrieben werden konnten.

In allen Heimen ist außer Beleuchtung und Heizung in den Mietpreis die Lieferung von Bettwäsche und Handtuch eingeschlossen. In der Belieferung sind während und nach dem Kriege Änderungen eingetreten, insofern für den früher allmonatlichen Wechsel der Bettwäsche und den wöchentlichen des Handtuchs infolge der erhöhten Wäsche- und Waschpreise ein sechswöchentlicher Wechsel der Bettwäsche bzw. 8—14 tägiger der Handtücher trat. Während diese Einschränkung noch erträglich erscheint, hat man aber die Grenzen des hygienisch Statthaften in bezug auf die Zimmerreinigung mehrfach entschieden überschritten. Während früher überall tägliche Reinigung erfolgte, ging man verschiedentlich hiervon ab, da gerade die Löhne für das Personal einen besonders großen Anteil an den Verwaltungskosten hatten. So wird neuerdings in manchen Heimen, z. B. Brunnenplatz, Berlin Pappelallee nur noch einmal wöchentlich die Zimmerreinigung vorgenommen. Wie die Erfahrung den Verfasser lehrt, ist dies bei der bedeutenden Staubentwicklung in den kleinen Räumen ungenügend. Da aber die Mehrzahl der Mieter teils keine Zeit, teils kein Bedürfnis für ein- bis zweimalige selbständige Ergänzung der Reinigung hat, sollte im Interesse der Sauberkeit nicht unter zwei gründliche Reinigungen wöchentlich heruntergegangen werden. Immerhin scheint, wie eine Umfrage des Verfassers bei einer größeren Zahl von Heimen ergab, diese Forderung in der Mehrzahl der Fälle bisher noch erfüllt zu sein.

Zur Beseitigung des Mülls sind in den größeren Gebäuden allgemein Abwurfschächte eingebaut, die im Kellergeschoß münden. Meist erfolgt Abholung durch die städtische Müllabfuhr. Einige

Heime, z. B. das Charlottenburger, verfügen daneben noch über einen Müllverbrennungsofen.

Einen wichtigen Vorzug gegenüber Schlafstellen und möblierten Zimmern bilden die sauberen und geräumigen Waschräume in einigen Ledigenheimen, die den Bewohnern eine gründliche tägliche Körperreinigung gestatten. In unserem Heim befinden sich auf jeder Etage (also für etwa 120 Mieter) je zwei große (2,5 : 3,8 m) Waschräume und ein kleinerer, sämtlich mit Fliesen ausgelegt und ausgestattet mit je einem emaillierten Waschbecken und zwei Fußwannen; dazu Zapfstellen für warmes und kaltes Wasser. Eine praktische und, wenn in der Anlage vorgesehen, nicht wesentlich verteuernde Verbesserung würde die Anbringung von Brausen über den Fußwannen bedeuten. Allerdings ist das in denjenigen Heimen entbehrlich, in denen öffentliche oder auch nur für die Mieter bestimmte Badeanstalten untergebracht sind, wie das in Charlottenburg, in den Berliner und den Stuttgarter Heimen u. a. der Fall ist. Wie bereits erwähnt, verfügt jeder Mieter außerdem über ein Waschgestell mit Schüssel und Kanne. Nur in den beiden 1913 von gemeinnützigen Bauvereinen errichteten Heimen in Dahlerbrück und Werdohl (Westfalen) befinden sich Waschbecken mit fließendem Wasser in den einzelnen Schlafräumen.

Als Abortanlagen sind in den modernen Heimen überall Klosets mit Wasserspülung vorhanden. Dieselben sind wie die Waschräume auf die einzelnen Etagen verteilt. So kommen in dem Charlottenburger Heim auf je etwa 75 Mieter 6 Sitze, d. h. für je 12 einer, während in unserem Heim auf jeder Etage 13 vorhanden sind, also einer für je 9 Bewohner.

Die Verbindung einer Speisewirtschaft mit dem Heim liegt im Interesse der Mieter und einer rentablen Wirtschaftsführung. Daher sind in den Bauplänen im Erdgeschoß in der Regel große Räume für eine solche vorgesehen. Vielfach war die Verwaltung von Heim und Wirtschaft ursprünglich eng verbunden oder der Betrieb des Restaurants einer anderen gemeinnützigen Gesellschaft, z. B. dem Verein für Volkskaffee- und Speisehallen übergeben, oder aber an einen Unternehmer verpachtet, während der Verwaltung das Preisüberwachungsrecht vorbehalten war. Diese Regelung hat sich jedoch bei den schwierigen Verhältnissen der letzten Zeit nicht bewährt, so daß jetzt der Gastwirtschaftsbetrieb vielfach ganz selbständig geworden ist. — Vor dem Kriege bestanden auch mehrfach Einschränkungen in bezug auf den Alkoholausschank; so vollständige Verbote in den beiden Stuttgarter

Heimen, sowie in dem später noch zu erwähnenden Budapester Volkshotel. In anderen, z. B. in den Wiener Heimen der Kaiser-Franz-Joseph I. Jubiläumsstiftung, in Düsseldorf, ferner in den Wirtschaften, die in den katholischen Gesellenhäusern geführt werden, war früher wenigstens der Branntweinausschank untersagt. Mit der Änderung der Verwaltung fielen diese Einschränkungen z. T. fort; ob sie noch irgendwo bestehen, ist uns nicht bekannt. Ebenso kamen auch Bestimmungen des Mietsvertrages in Fortfall, die in früheren Jahren zur Entnahme von Speisen oder Getränken aus diesen Restaurationen verpflichteten. So wird uns aus dem Ledigenheim der Berliner freireligiösen Gemeinde in der Pappelallee, auch aus dem städtischen Ledigenheim in Weißensee berichtet, daß es durch diese Paragraphen zu unangenehmen Zwistigkeiten zwischen Mietern und Gastwirt gekommen war, die dann zur Aufhebung derselben führten.

In manchen Heimen ist den Bewohnern aber außerdem noch Gelegenheit geboten, sich selbst Speisen zu bereiten. So ist z. B. am Brunnenplatz in jedem Stockwerk ein Raum von der üblichen Zimmergröße als Kochraum ausgestattet. Vier bis sechs Kochflammen stehen je 120 Mietern zur Verfügung. Es hat sich dem Verfasser im Laufe seines Aufenthalts im Heim gezeigt, daß von dieser Einrichtung sehr gern und reichlich Gebrauch gemacht wird. Da der Andrang besonders in den Abendstunden groß ist, genügt die Zahl der Gasflammen nicht. Unschwer ließen sich in diesen Räumen noch zwei bis drei Kochplätze mehr einrichten. Man könnte aber auch daran denken, nach dem Vorbild der englischen Rowton Houses im Erdgeschoß eine große Küche für die Bewohner einzurichten. Der Platz dazu ließe sich in unserem Heim etwa an Stelle einiger der im Erdgeschoß vorhandenen Zimmer schaffen. Es wurde oben bereits darauf hingewiesen, daß sich die Verbreitung von Küchenschaben von der Küche aus gelegentlich bemerkbar machte. Sie wird, wie es scheint, gefördert durch unzweckmäßige Kochvorrichtungen. Es sind nämlich z. T. statt freistehender Kochplatten ursprünglich für Brat- und Backzwecke eingerichtete Herde verwendet worden, in deren zahlreichen Nischen und Ritzen sich die Brut ansiedelt und später nicht vollständig genug vernichten läßt. Es ist dringend erforderlich, in diesen von so vielen Personen benutzten Küchen, in denen die Sauberkeit schon infolge der reichlichen Abfälle zu wünschen übrig läßt, die denkbar einfachsten, einer gründlichen Säuberung zugänglichen Kochvorrichtungen anzubringen.

Ein besonderer Vorteil des Ledigenheimtyps mit abgeschlossenen Zimmern im Gegensatz zu den Heimen mit Kabinen oder ungeteilten Schlafsälen besteht in der erheblich geringeren Gefahr der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten. Besonders die akuten Erkrankungen der Luftwege müssen sich in großen Sälen leicht übertragen. Vielleicht ging man auch teilweise von diesem Gedanken aus, wenn man, wie später ausführlicher besprochen werden wird, in diesen Bauten Räume für Versorgung und Unterbringung von Kranken vorsah. Von Verbreitung übertragbarer Krankheiten in den Ledigenheimen deutschen Typs ist uns nur ein Fall bekannt geworden. In das Charlottenburger Heim wurde während der Epidemie im Jahre 1917 ein Pockenfall eingeschleppt, der zu weiteren Erkrankungen bzw. pockenverdächtigen Erscheinungen bei fünf Personen führte. Durch 14-tägige polizeiliche Sperrung wurde eine Weiterverbreitung vermieden. Die Bewohner, die in dieser Zeit das Heim nicht verlassen durften, wurden bis zur Aufhebung der Sperre aus einer Volksküche verpflegt.

Wir wenden uns nun einer Betrachtung des englischen Typs der Ledigenheime zu. Dieser hat auch außerhalb seines Heimatlandes Verbreitung gefunden: zwei große Heime dieser Art sind in Wien von der oben erwähnten Kaiser Franz Joseph I.-Jubiläumsstiftung für Volkswohnungen und Wohlfahrtseinrichtungen in den Jahren 1905 und 1910 erbaut worden. Das eine mit 544, das neuere mit 890 Betten; andere in Budapest (438 Betten) und in Mailand (530 Betten). Kleinere Häuser derselben Anlage baute die Firma Krupp (Schlafhaus I und II in Essen), während eine Modifikation des Kabinensystems in den Ledigenheimen in Werdohl und Dahlerbrück zur Anwendung kam.

Das Charakteristische dieser Anlagen besteht darin, daß der für den einzelnen Mieter bestimmte Raum auf ein Mindestmaß beschränkt wird, so daß er nur als Schlafraum, nämlich nur zur Unterbringung von Bett und Stuhl Platz bietet. Dies wird erreicht durch Abteilung von zellenartigen Kabinen in großen Schlafsälen. Diese würden nun aber bei allseitiger Abschließung durch Wände einen zu geringen Luftkubus enthalten. Daher hören die Wände gegen die Nachbarkabinen sowie gegen den zwischen je zwei Kabinenreihen laufenden Gang über dem Fußboden und unterhalb der Decke auf, so daß für ausgiebige Ventilation von oben und unten gesorgt ist. An der vierten Seite befindet sich in jedem Raum ein besonderes Fenster ins Freie. Es interessiert zunächst

wieder die Luftmenge, die dem einzelnen Schläfer zur Verfügung steht. Es ergibt sich berechnet auf den Kopf der Bewohner:

Wiener Ledigenheim (Wurlitzergasse): 12 cbm, wobei der einzelne Schlafraum eine Grundfläche von 1,55 : 2,25 = 3,5 qm hat. (Etwa die gleichen Maße weisen die Kabinen der Londoner Rowton Houses auf.)

Wiener Männerheim (Meldemannstr.): Grundfläche 1,4 : 2,2 = 3,08 qm bei einer Saalhöhe von 2,85 m.

Budapester Volkshotel: 18 cbm.

Die Wandhöhe beträgt in allen diesen Heimen etwa 2 m. — Es ist also in Wien die jedem Mieter zukommende Luftmenge nur um ein Geringes größer als die als hygienisches Mindesterfordernis zu beanspruchende. Immerhin mag dies erträglich erscheinen, wenn man berücksichtigt, daß diese Räume eben nur zum Schlafen dienen sollen, der Aufenthalt in ihnen denn auch erst von den Abendstunden an gestattet ist. Es ist nämlich die Eigenart dieses englischen Typs, für den Tagesaufenthalt durch große gemeinschaftliche Gesellschaftsräume zu sorgen. In all diesen Heimen finden wir Speise-, Rauch-, Lese- und Schreibsäle, die den Bewohnern bis zum Abend zur Benutzung dienen. Im übrigen entspricht die Einrichtung dieser Häuser in Wien und Budapest im wesentlichen der der Heime mit Zimmern. Insbesondere unterscheiden sie sich in der Verteilung der Aborte und Waschräume in vorteilhafter Weise von den englischen Rowton Houses. Während diese Anlagen in den letzteren für das ganze Haus gemeinsam im Erdgeschoß untergebracht sind, dort also eine große Zahl von Aborten — z. B. in Newington Butts 40 — zusammenliegen, ihre Benutzung für die Mieter der oberen Stockwerke also erheblich erschwert ist, sind in dem Budapester und den Wiener Heimen Waschräume und Aborte in gleicher Weise wie bei uns auf die einzelnen Stockwerke verteilt. Hier wie dort befinden sich dagegen die Schrankräume, in denen an jeden Mieter ein kleiner verschließbarer Schrank vermietet wird, für das ganze Haus im Erd- bzw. im Kellergeschoß.

Eine besondere Einrichtung der nach Kabinensystem gebauten Heime sind Räume für ärztliche Sprechstunde und Unterbringung von Kranken. Im Wiener Männerheim (Wurlitzergasse) gibt es ein Wartezimmer, ein Sprechzimmer für den Arzt (29,3 qm), zwei Krankenzimmer mit je zwei Betten (36,5 und 32,0 qm) und, von den übrigen gesondert, einen Baderaum, Abort und Teeküche für die Kranken. Für Überführung ins Krankenhaus ist ein besonderer Ausgang geschaffen. — Der Hausarzt hält allabendlich Sprechstunde

ab und entscheidet über die Benutzung der Krankenzimmer durch die Schlafgäste. Wir finden in verschiedenen Jahresberichten Angaben über die Bewährung dieser Einrichtung. Sie lauten jedesmal günstig, insofern die Frequenz stets eine große gewesen ist. So wird über das Jahr 1907 mitgeteilt: „Von steigendem Wert erweist sich die Einrichtung der ärztlichen Abteilung. Außer der besorgten Überwachung aller hygienischen Maßnahmen im Heim hat der Hausarzt 359 Mieter in 668 Ordinationen behandelt, sowie die in den Marodenräumen auf je einige Tage Untergebrachten regelmäßig besucht und durch diesen Dienst die Gesundheitsverhältnisse auf das beste beeinflußt" (16). Im folgenden Jahre wurden 398 Mieter behandelt, die Marodenräume seien zeitweilig voll besetzt gewesen. — Ob und in welchem Umfang an diesen Erkrankungen Übertragungen im Heime selbst als Folge des Kabinensystems beteiligt waren, ließ sich nicht feststellen, ebensowenig fanden sich Angaben über die Art der Krankheiten.

Eine Mittelstellung zwischen dem englischen und dem deutschen Typ nehmen die bereits mehrfach genannten Heime in Werdohl und Dahlerbrück ein. Auch in ihnen ist das Kabinenprinzip durchgeführt; aber die einzelnen Schlafräume sind erheblich größer als in England, Wien und Budapest. So haben sie in Dahlerbrück eine Grundfläche von 2,87 : 2,05, also ungefähr dieselben Maße wie in Charlottenburg. Demzufolge sind auch Tisch, Stuhl und Schrank, sowie Wascheinrichtung mit fließendem Wasser in den Kabinen selbst untergebracht. Es handelt sich hier also kaum um eine Raumersparnis für die Schlafräume. Ob der Vorteil der vermehrten Ventilation aber die erheblichen Nachteile dieses Systems überwiegt, erscheint fraglich. Notwendigerweise werden nämlich solche Räume der genügenden Ruhe am Tage, sowie in den späten Abend- und frühen Morgenstunden entbehren; auf die Gefahr der Krankheitsübertragung wurde schon hingewiesen; endlich glauben wir nicht, daß sich die Bewohner in derartigen Kabinen so heimisch fühlen können wie in einem allseitig vollständig abgeschlossenen Zimmer. — Auch in den beiden letzterwähnten Heimen, die 143 Betten (Werdohl) bzw. 78 Betten (Dahlerbrück) enthalten, sind Brause- und Wannenbäder untergebracht, die auch für den allgemeinen Gebrauch bestimmt sind.

Über die Wirtschaftsführung und die Rentabilität lassen sich unter den jetzt von Monat zu Monat stärksten Schwankungen unterworfenen Verhältnissen detaillierte Angaben nicht machen. Von vornherein verzichtet wurde auf wirtschaftliche Selbständig-

keit von jeher bei den von Unternehmern erbauten Schlafhäusern und Ledigenheimen. Hingegen muß bei all den Einrichtungen, die nicht Wohltätigkeitseinrichtungen darstellen sollen, die Forderung nach Rentabilität gestellt werden. Auch Schweitzer (22) erklärt für die katholischen Gesellenheime: „Ein Gesellenhaus muß in sich selbst rentieren.“ Trotzdem schlossen bereits vor dem Kriege etliche Heime mit Verlust ab. So z. B. das Stuttgarter in den Jahren 1911—1914 mit Verlusten von 2750—4000 M. Dagegen deckten die Einnahmen die Betriebskosten sowohl in den deutschen Heimen in Charlottenburg, Düsseldorf, Straßburg u. a. wie in den Wiener Heimen. Einige derselben, insbesondere auch die als privatwirtschaftliche Unternehmungen geführten Rowton Houses in London, Glasgow und anderen englischen Städten und die beiden Wiener Heime konnten sogar mäßige Dividenden an die Aktionäre verteilen. — In den letzten Jahren haben sich die Verhältnisse natürlich vollkommen gewandelt. Vor allem scheint eine größere Zahl von Heimen aufgelöst worden zu sein. Bei den folgenden konnte Verfasser das durch Umfrage feststellen, jedoch sind vermutlich noch mehrere, besonders der von Wohltätigkeitsvereinen gegründeten, der Auflösung anheimgefallen. Das von einem gemeinnützigen Verein erbaute Arbeiterheim in Benrath, das 200 Betten enthielt, wurde von der Gemeinde angekauft und wird zurzeit für andere kommunale Zwecke umgebaut; in Frankfurt a. M. ging das Arbeiterinnenheim in der Schwedlerstraße (50 Betten) ein, in Berlin das Gesellenheim der Volkskaffee- und Speisehallengesellschaft (50 Betten). Vielfach trat mit der Änderung der Besitzverhältnisse erfreulicherweise kein Wandel in der Zweckbestimmung ein. Der Verein für das Wohl der arbeitenden Klassen in Stuttgart, der die beiden dortigen Heime gegründet hat, berichtet im Jahresbericht 1920/21 über den Verkauf des einen. Das Ledigenheim am Brunnenplatz ging 1920 in den Besitz der Stadt Berlin über. Das neue Wiener Männerheim, das schon seit Kriegsbeginn nicht mehr betrieben wurde und zu Lazarettzwecken diente, ist nach den neuesten Angaben (1921) der Jubiläumsstiftung mit Einrichtung an die Stadtgemeinde verkauft worden. Auch beim Betrieb des zweiten Heimes konnte eine Deckung der Verwaltungskosten in der letzten Zeit nicht mehr erzielt werden. Schwierigkeiten im Verkehr mit den Mietern haben dazu geführt, daß man auch hier vor einer Einstellung des Betriebes steht. — Natürlich haben aber auch die von Beginn an oder erst seit kürzerer Zeit kommunalen Heime dieselben Nöte bei der Erhaltung

der Rentabilität. Wie wenig ihnen diese in der Regel gelingt, beweisen folgende Zahlen (nach mündlichen Angaben der Verwaltung). Das Etatsjahr 1921/22 erforderte für das Ledigenheim Brunnenplatz einen Zuschuß von etwa 800000 M. und bereits in den ersten fünf Monaten des neuen Rechnungsjahres bestand eine Überschreitung des Etats um anderthalb Millionen Mark, veranlaßt vor allem durch die hohen Heizungskosten. Aus juristischen (Mietseinigungsamt, neuerdings Reichsmietengesetz) und sozialen Gründen konnten die Mietssätze nicht annähernd entsprechend der Erhöhung der Ausgaben gesteigert werden. Als Beispiel sei das Ansteigen der Mieten in unserem Heim seit Oktober 1919 angeführt:

Monatsmiete einschließlich Licht, Heizung, Kochgas, Bettwäsche, Handtuch und Reinigung für Zimmer nach dem Hof:

Oktober 1919	28 M.
Dezember 1919	30 „
Februar 1920	32 „
April 1920	34 „
Oktober 1920	39 „
April 1921	55 „
Januar 1922	120 „
April 1922	170 „
Juli 1922	240 „

Noch ungünstiger liegen diese Verhältnisse im Charlottenburger Heim, wo bezahlt wurden:

am 1. Aug. 1914	12 M.
am 1. Aug. 1922	100 M.

für ein einbettiges Zimmer. Ähnliches berichtet die Verwaltung des erst nach dem Kriege eröffneten Ledigenheims der freireligiösen Gemeinde in Berlin (Pappelallee). Die Miete ausschließlich Heizung betrug bei Eröffnung 1921 135 M., am 1. Aug. 1922 nur 200 M.; es ergab sich im ersten Geschäftsjahr bereits ein Defizit von 100000 M. — Schon aus diesen wenigen Beispielen ist zu ersehen, daß unter den derzeitigen wirtschaftlichen Verhältnissen sich die Rentabilität der Heime nur durch gewaltige Steigerungen der Mieten erzielen ließe. So müßten nach Angaben der Verwaltung des vom Verfasser bewohnten Heimes zurzeit etwa 500 M. monatlich bezahlt werden (Juli 1922).

Während diese Schwierigkeiten sich bei den meisten Heimen erst unter den veränderten Nachkriegsverhältnissen ergaben, entstanden solche früher bei der Beschaffung des notwendigen Baukapitals, da bei möglichst niedrig gehaltenen Mietspreisen auch nur geringe Zinssätze gezahlt werden konnten. Eine wesentliche

Unterstützung boten dabei vielfach die Landesversicherungsanstalten. Gemäß § 1356 der Reichsversicherungsordnung kann ein Teil des Vermögens der LVA. angelegt werden in Unternehmungen, die ausschließlich oder überwiegend den Versicherungspflichtigen zugute kommen. Es wurden daher von den meisten LVA. gemeinnützigen Baugenossenschaften, Gemeindeverbänden, Wohltätigkeitsvereinen und zuweilen auch Arbeitgebern Darlehen zum Bau von Arbeiterwohnungen, insbesondere auch von Ledigenheimen, Gesellenhospizen und ähnlichen Einrichtungen gewährt. So erhielten u. a. bei der Gründung Darlehen von den betreffenden LVA.:

Ledigenheim	Charlottenburg	500 000	M.
Ledigenheim	des evangelischen Arbeitervereins Essen	450 000	„
„	Düsseldorf	400 000	„
„	Straßburg	1 000 000	„
Zentralhospiz Köln		1 450 000	„
Katholisches Gesellenheim Neuß		100 000	„

Im ganzen wurden bis zum Jahre 1913 für den Bau von Ledigenheimen, Hospizen, Gesellenhäusern usw. von den LVA. 25 000 000 M. zu Zinssätzen von 3—4$^{1}/_{2}$ Proz. hergegeben, davon von der LVA. Rheinprovinz allein etwa 9 000 000 M., was in der großen Zahl von katholischen Gesellenhäusern im Rheinland seine Erklärung findet.

Die Paragraphen 718 und 719 RVO. enthalten entsprechende Bestimmungen für die Berufsgenossenschaften, und nach § 363 Abs. I dürfen die Mittel der Krankenkassen auch für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung angewendet werden. Während für Zwecke des Familienwohnungs- und Siedlungsbaues insbesondere die Berufsgenossenschaften von diesen Paragraphen schon vielfach Gebrauch gemacht haben, ist unseres Wissens die Errichtung von Ledigenheimen durch Berufsgenossenschaften oder Krankenkassen bisher noch nicht unterstützt worden. — Von Bedeutung für die Finanzierung des Baues ist ferner eine Bestimmung des Reichsrats vom 19. Jan. 1920 über die Gewährung von Darlehen aus Reichsmitteln. Unter Abs. 2, 11 heißt es: „Ledigenheime u. dgl., soweit sie zu eigentlichen Wohnzwecken bestimmt sind, können durch Reichsdarlehen unterstützt werden; jedoch soll die für eine Person bestimmte Wohnfläche einschließlich aller Nebenräume die Größe von 25 qm im allgemeinen nicht übersteigen."

Trotz der großen Schwierigkeiten sind aber nach dem Kriege bereits drei kleinere Ledigenheime neu errichtet worden bzw. zurzeit im Bau. Davon zwei in Berlin: über das eine von der frei-

religiösen Gemeinde 1921 in Betrieb genommene finden sich Angaben in der Schlußtabelle; ein anderes ist im Bau in Verbindung mit der Siedlung Lindenhof in Berlin-Schöneberg. Der Guttemplerorden richtete in Hamburg mit Unterstützung der LVA. im Jahre 1920 ein Heim mit 32 Einzel- und 4 Doppelzimmern ein.[1])

Es wurde eingangs erörtert, daß die sozialhygienische Aufgabe der Heime unter anderem darin bestehe, durch Herausziehen der Ledigen aus den Schlafstellen die Wohnungsüberfüllung zu bekämpfen. Ob dieser Erfolg tatsächlich erreicht wird, würde sich wahrscheinlich auch aus den Ergebnissen einer Wohnungsenquete nicht beweisen lassen, da die Zahl der in Ledigenheimen Unterkommenden im Verhältnis zur Gesamtzahl der Schlafgänger in den Großstädten wenigstens viel zu gering ist. In Berlin gab es 1913 über 100000 Schlafgänger. Heute dürfte nach Meinung von Wohnungssachverständigen eine ganz gewaltige Zunahme der Wohnungsmängel im allgemeinen zu verzeichnen sein, und namentlich die gesundheitlichen und sittlichen Schäden, die von jeher mit dem Aftermietwesen verbunden waren, nicht nur in gleichem Verhältnis mit diesem, sondern in einem noch viel schrofferen Maßstabe gewachsen sein.[2]) Demgegenüber stehen heute in Groß-Berlin höchstens 1800 Betten in Ledigenheimen, Arbeiterinnenheimen, evangelischen und katholischen Gesellenhospizen und ähnlichen Anstalten zur Verfügung, abgesehen natürlich von Asylen, deren Aufgabe eine andere ist.

Leider läßt auch die Registrierung der neu Angemeldeten nicht ersehen, wieweit sie aus Schlafstellen zugezogen sind. Wir können aber versuchen festzustellen, ob die Mieterschaft in den Heimen im allgemeinen denjenigen Schichten entspricht, die erfahrungsgemäß für die Benutzung von Schlafstellen in Betracht kommen. Es beherbergten die Heime:

	Straßburg (14) 1911	Charlottenburg 1921	Berlin Waldenserstr. am 1. Jan. 1922
Ungelernte Arbeiter	171	92	63
Gelernte Arbeiter und Handwerker	852	181	74
Kaufleute, Büroangestellte usw.	185	21	30
Beamte aller Art	140	16	26
Studenten und Schüler	132	12	14
Techniker, Ingenieure usw.	—	18	8
Pensionäre und Rentenempfänger	63	12	7
Verschiedene Berufe	—	4	—
Summa	1543	356	222 Pers.

[1]) Concordia, Jahrgang XIX.
[2]) A. Gut in Zeitschrift für Wohnungswesen 1920.

Eine Auszählung der vom 1. April 1919 bis 1. April 1920 in das Ledigenheim Brunnenplatz eingezogenen Mieter ergab folgende Zusammensetzung:

Ungelernte Arbeiter	50
Handwerker und gelernte Arbeiter	41
Beamte aller Art	48
Techniker, Ingenieure usw.	22
Kaufmännische Berufe	34
Privatangestellte	16
Pensionäre	4
Summa	215 Personen.

Dazu kamen noch 215 Studenten und Hochschüler, da die Hälfte der Betten im Heim vertraglich der Benutzung durch Studierende der Berliner Hochschulen vorbehalten ist. Dem Alter nach gliederten sich diese Mieter in folgender Weise:

Bis 20 Jahre	29
20—25 „	41
25—30 „	29
30—35 „	30
35—40 „	19
40—45 „	18
45—50 „	14
50—60 „	20
über 60 „	13

also ein Drittel unter 25 Jahren und 46 Proz. unter 30 Jahren.

In diesen Zusammenstellungen, wie auch in einer größeren Zahl von entsprechenden Aufstellungen aus anderen Heimen, fällt der geringe Anteil der ungelernten Arbeiter in der Mieterschaft auf, die das Hauptkontingent der Schlafgänger stellen. Wir finden denn auch des öfteren in den Berichten dem Gedanken Ausdruck gegeben, daß es nicht die eigentlichen Schlafleute sind, die untergebracht werden, sondern höherstehende Schichten, die sonst wohl Zimmermieter sein würden. Vor dem Kriege trugen daran vielleicht die Preise Schuld, die in den Heimen meist etwas höher waren als in billigen Schlafstellen. Jetzt dürfte sich jedoch der Preis überall ausgeglichen haben, vielfach (Charlottenburg!) ist er sogar zweifellos geringer als in den privaten Schlafstellen. Wenn auch heute noch die Zimmermieter so starken Anteil an der Bewohnerschaft haben, so liegt dies wohl vor allem an der stetig ansteigenden Dauer der Mietsverhältnisse. Häufig wohnen Mieter ein Jahr und länger in dem Heim, so daß der Wechsel im Laufe der Zeit bedeutend nachgelassen hat.

Aus dem Charlottenburger Bericht vom Jahre 1909 ist z. B. zu ersehen, daß von 1162 Mietern, die seit Eröffnung im Hause wohnten, nur 410 aus Schlafstellen kamen. „Auf die alleruntersten Schichten wird freilich ein solches Haus niemals rechnen können. Immer wird es, soweit Arbeiter in Frage kommen, nur die oberste Schicht sein, die von solchen Einrichtungen Gebrauch macht, genau wie sich das bei den Familienwohnungen der Baugenossenschaften gezeigt hat.“ Es wird nun aber angenommen, daß durch die Abwanderung dieser besser gestellten Schichten in die Ledigenheime ein allmähliches Aufsteigen aus den schlechtesten Quartieren in die besseren erfolge, und so indirekt auch eine günstige Beeinflussung des Schlafstellenwesens vor sich gehe. Ob diese Regulierung auch heute noch bei der ungeheuer gesteigerten Wohnungsnot in Betracht kommt, erscheint immerhin fraglich; und damit auch zweifelhaft, ob dem Schlafstellenwesen im merklichen Umfange durch die Ledigenheime gesteuert wird, solange deren Zahl infolge unserer wirtschaftlichen Not nicht um ein Vielfaches vermehrt werden kann. In kleinen Städten ließen sich diese Verhältnisse besser übersehen, und in Werdohl, Dahlerbrück und Völklingen scheint in der Tat eine günstige Beeinflussung des Schlafstellenwesens vor dem Kriege beobachtet worden zu sein.[1]) So wurde aus Völklingen nach der Gründung des Ledigenheims durch das Röchling'sche Eisen- und Stahlwerk von einem wesentlichen Rückgang des Kost- und Schlafgängerwesens berichtet.[2])

Jedenfalls muß in das Bauprogramm von Kommunen, Baugenossenschaften und gemeinnützigen Vereinen die Errichtung von Ledigenheimen in möglichst großem Umfange aufgenommen werden. Aus den bisher gemachten Erfahrungen läßt sich noch nicht mit Sicherheit ersehen, ob sich mit dem englischen Kabinen- oder dem deutschen Zimmersystem unter normalen Verhältnissen eine bessere Rentabilität erzielen läßt. Vom wohnungs- und sozialhygienischen Gesichtspunkt aus ist, wie wir gezeigt haben, dem Letztgenannten der Vorzug zu geben. In diesen Heimen hat man wiederum die größere Beliebtheit der Einzelzimmer gegenüber den mehrbettigen beobachtet. Wenn auch heute die Nachfrage so groß ist, daß wohl nirgends Betten längere Zeit frei bleiben, so sprechen dafür doch die Friedenserfahrungen. In einem Düsseldorfer Bericht (1912/13) heißt es, daß eine volle Belegung

---

[1]) Concordia, Jahrgang 1913.
[2]) Concordia, Jahrgang XVI.

der zwei- und noch vielmehr der dreibettigen Zimmer stets mit Schwierigkeiten verbunden sei. Der vollen Belegung des Heimes stünden hauptsächlich diese Zimmer im Wege, und es sei notwendig, sie zweckentsprechend umzuändern. — Hygienisch und zum Teil auch wirtschaftlich vorteilhaft ist ferner die Verbindung der Ledigenheime mit anderen kommunalen Wohlfahrtseinrichtungen; vor allem sollte eine Badeanstalt stets hier untergebracht sein. Außerdem kommen in Frage Volksküchen, Wärmehallen, Volksbibliotheken, Lesesäle und dergleichen, desgleichen die Vermietung einiger Läden an Wäschereien, Handwerker usw. Da in der Großstadt für Gartenanlagen das Gelände meist fehlen wird, so ist durch Dachgärten Ersatz dafür zu schaffen, wie dies auch in den Berliner Heimen zum Teil in vorbildlicher Weise geschehen ist. Fernerhin hat sich überall die Anlage von elektrisch betriebenen Wascheinrichtungen zur Besorgung der Heimwäsche bewährt. —

In der folgenden Tabelle ist eine Übersicht über die Einrichtung einiger deutscher Heime, insbesondere der Berliner gegeben. Die Angaben entstammen teils einer Umfrage und eigenen Besichtigungen des Verfassers, teils den in der Literatur auffindbaren Einzelschilderungen, die möglicherweise einzelne jetzt nicht mehr zutreffende Angaben enthalten.

Nachwort.

Die vorstehende Arbeit wurde im Herbst 1922 fertiggestellt. Alle die Wirtschaftsführung betreffenden Zahlenangaben geben daher kein klares Bild der vorliegenden Schwierigkeiten mehr. Es ist wahrscheinlich, daß weitere Heime, infolge der Unmöglichkeit den Mietpreis entsprechend den Ausgaben zu erhöhen, den Betrieb eingestellt haben. In dem Berliner Heim am Brunnenplatz liegen die Verhältnisse gegenwärtig so, daß die Lieferung von Licht an die Mieter eingestellt ist, daß ferner die Gasküchen geschlossen wurden, Reparaturen nur in ganz ungenügendem Maße vorgenommen werden, kurz Zustände, wie sie aus der Bewirtschaftung städtischer Mietshäuser in ähnlicher Weise allenthalben bekannt sind. Da die Zahlungsfähigkeit von Ledigenheimmietern naturgemäß eine sehr begrenzte ist, zumal bei der zur Zeit gewaltig ansteigenden Arbeitslosigkeit, ist auch nicht anzunehmen, daß in absehbarer Zeit (etwa durch die geplante Einführung der dem Vorkriegsstand angepaßten Mietpreise) ein entscheidender Wandel hierin eintreten wird,

Ort	Eröffnungsjahr	Besitzer	System	Anzahl der Zimmer
Berlin, Brunnenplatz	1917	Stadt Berlin	Einzelzimmer	500
Berlin, Waldenserstraße	1914	Verein Ledigenheim	Zimmer	183 1-bettige 3 2- „ 16 3- „
Berlin, Weißensee	1913	Stadt Berlin	Zimmer	45 1-bettige 2 2- „ 1 5- „ Dachgeschoß
Berlin, Pappelallee	1921	freireligiöse Gemeinde	Einzelzimmer	57
Charlottenburg	1908	Volkshotel A.G.[1]	Zimmer	185 1-bettige 16 2- „ 8 3- „
Düsseldorf	1911	Verein Volksheim	Zimmer	167 1-bettige 28 2- „ 8 3- „
Stuttgart, Ledigenheim	1911	bis 1921 Verein für das Wohl der arbeitenden Klassen	Zimmer	16 1-bettige 92 2- „
Straßburg	1910	gemeinnützige Baugenossenschaft	Zimmer	14 2-bettige 171 1- „
Dahlerbrück	1913	gemeinnütziger Bauverein	verbessertes Kabinensystem	78 Kabinen
Werdohl	1913	gemeinnütziger Bauverein	verbessertes Kabinensystem	54 1-bettige 25 2- „ 13 3- „
Wien, 20. Bezirk	1905	Jubiläumsstiftung	Kabinen	544 in 24 Sälen
Wien, 17. Bezirk	1910	seit 1921 städtisch	Kabinen	890

[1]) Unter ausschlaggebender Beteiligung des Magistrats.

Zimmermaße	Besondere Einrichtungen
2 : 4 : 3 8 große Zimmer 2,8 : 4 : 3	Badeanstalt (Betrieb z. Z. eingestellt). Dachgarten. Auf jeder Etage 1 Kochküche. Waschraum mit Fußwannen. Müllabwurfschächte.
Einzelzimmer 2 : 3 : 2,95	Dachgarten. Müllschächte. Brause- und Wannenbäder im Dachgeschoß. Waschräume mit Fußwannen in jeder Etage. Waschanstalt mit elektrischem Antrieb.
Einzelzimmer etwa 2 : 3,5 : 3 bis 2 : 4 : 3	Badeanstalt zu öffentlicher Benutzung (5 Wannen, 4 Brausen). Jugendheim. Parkanlagen in unmittelbarer Nähe. Zimmer auch für Frauen.
etwa 2,2 : 4,2 : 3	3 Badewannen: ein Bad wöchentlich für die Mieter frei. Eine Kochflamme auf jeder Etage.
2 : 3 : 3 3,5 : 4,1 : 3 3,5 : 5 : 3	Badeanstalt zu allgemeiner Benutzung (24 Brause-, 8 Wannenbäder). Fußwannen im Kellergeschoß (unbenutzt). Elektrische Waschanstalt im Dachgeschoß. Müllschächte. Dachgarten. Volksbibliothek.
2,18 : 3,3 : 3 3,12 : 4,34 : 3 3,3 : 5,91 : 3	Badeeinrichtung (2 Brausen, 1 Wanne). Volksbibliothek und Lesehalle. In der Gastwirtschaft keine Getränke.
	Brausebäder. Alkoholfreie Restauration.
	Badeanstalt (Wannen und Brausen). Waschanstalt. Dachgarten. Unentgeltliche Hausapotheke.
2,87 : 2,05 : 2,93	Badeeeinrichtung für allgemeine Benutzung. In den Kabinen Waschvorrichtung mit fließendem Wasser. Dampfwäscherei. Lesezimmer.
	Wie vorstehend. Außerdem: Dampfbad, Massageraum. Eisfabrikation.
1,4 : 2,17 Zwischenwände 2 m hoch	Räume für ärztliche Versorgung. Gaskocher für die Mieter. Tagesaufenthaltsräume. Bäder. Desinfektionsanlagen. Müllschächte. Alkoholfreie Restauration.
813 Kabinen: 1,55 : 2,25 77 Kabinen: 1,90 : 2,60 Saalhöhe 2,85	Wie vorstehend.

geschweige denn Kommunen oder Baugenossenschaften zum Neubau von Ledigenheimen schreiten könnten. —

Der Vollständigkeit halber sei noch angeführt, daß in Hamburg sowie in Danzig (hier in einer Kaserne) vor einigen Jahren Studentenheime mit Einzelzimmern eingerichtet wurden. —

Literatur.

1) J. Altenrath: Das Schlafgängerwesen und seine Reform. 1919.
2) Schlafstellenwesen und Ledigenheime. (Schriften der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen.) 1904.
3) E. Cahn: Das Schlafstellenwesen in den deutschen Großstädten und seine Reform. (Münchner Volkswirtschaftliche Studien.) 1898.
4) E. Reche: Die modernen Wohngelegenheiten für alleinstehende Personen der Arbeiterbevölkerung. 1906.
5) B. Schreber: Weyl's Handbuch der Hygiene, Ergänzungsbd. 2. Abteil. 1918.
6) Selter: Grundriß der Hygiene. Bd. II.
7) Bericht über den 14. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie. Bd. III. 1908.
8) A. Wandel: Schlafburschenwesen und Ledigenheime vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege. (Dtsch. Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege.) 1908.
9) Über die Anforderungen der Hygiene an Kost- und Logierhäuser. (Dtsch. Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege.) 1880.
10) A. Dix: Ledigenheime. (Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik.) 1903.
11) V. Noack: Schlafstellen und Chambre garnie. 1912.
12) Ledigenheime. (Jahrbuch des ostdeutschen Jünglingsbundes.) 1911.
13) Ledigenheime. (Zeitung des Vereins deutscher Eisenbahnverwaltungen.) 1911.
14) Die deutschen gemeinnützigen Ledigenheime. Reichsarbeitsblatt 1913.
15) Ledigenheime und Landesversicherungsanstalten. Reichsarbeitsblatt 1914.
16) M. Spiegel: Ledigenheime. (Schriften des Vereins für Sozialpolitik.) 1908.
17) H. Albrecht: Handbuch der sozialen Wohlfahrtspflege in Deutschland. 1902.
18) Aschrott: Fünfundzwanzig Jahre gemeinnütziger Tätigkeit für Kleinwohnungen. 1913.
19) J. Schnaubert: Ledigenheime für Berlin. 1918.
20) R. Walter: Das Charlottenburger Ledigenheim. 1911.
21) Junghann: Das Schlafhaus- und Einliegerwesen im Bezirke der königlichen Bergwerksdirektion Saarbrücken. (Zeitschrift für Berg-, Hütten- und Salinenwesen.) 1912.
22) Msgr. Schweitzer: Hospize und Ledigenheime der katholischen Gesellenvereine. 1911.
23) Ferenczi: Das Budapester Volkshotel. 1912.
24) Wohlfahrtseinrichtungen der Firma Krupp. Bd. III. 1911—1918.
25) Kirschner: Das Arbeiterinnenheim in Alt-Moabit. Westermann's Monatshefte 1909.
26) K. Trost: Ledigenheime für weibliche Erwerbstätige. 1918.
27) Wollenweber: Mängel im Wohnungswesen im westfälischen Industriebezirk und ihre Bedeutung für die Ausbreitung der Infektionskrankheiten. (Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung. Bd. II.) 1913.

Ferner finden sich Aufsätze und kürzere Berichte in folgenden Zeitschriften:

Zeitschrift für Wohnungswesen.
Westfälisches Wohnungsblatt, u. a. Bd. 3, 8.
Rheinische Blätter für Wohnungswesen, u. a. Bd. 12, 15, 16.
Concordia, Bd. 10 u. folg.
Zeitschrift für Wohnungswesen in Bayern, u. a. Bd. 6, 7, 11.
Kommunale Praxis, u. a. Bd. 14, 16.
Soziale Praxis, Bd. 18 u. folg.
Städtezeitung, u. a. Bd. 4, 10.
Technisches Gemeindeblatt, Bd. 6.
Gesundheitsingenieur, u. a. Bd. 29, 31.
Medizinische Reform, Bd. 17 u. folg.

Aus dem Hygienischen Institut der Universität Berlin.

Findet in der gegenwärtigen Volksernährung Deutschlands die Qualität der Nahrung besonders hinsichtlich des Vitamingehalts die genügende Berücksichtigung?

Von Dr. med. A. Wondzinski (Elbing).[1]

Die zehnjährigen Forschungen, auf die wir seit der Fixierung des Begriffes „Vitamine“ zurückblicken, haben trotz zahlreicher Schwierigkeiten in der Technik, der Deutung ihrer Ergebnisse und obgleich in der Nomenklatur der einzelnen Substanzklassen der Vitamine noch keine Übereinstimmung erzielt worden ist, folgende wohl allgemein anerkannte Ergebnisse gezeitigt: Skorbut und Polyneuritis oder Beriberi müssen unbestritten als durch Ausfall je einer besonderen Vitaminart (C bzw. B) hervorgerufene Avitaminosen betrachtet werden. Ob der in der Pädiatrie unter dem Namen „Spasmophilie, Tetanie, spasmophiler Zustand“ zusammengefaßte Symptomenkomplex in seiner Pathogenese der Polyneuritis entspricht, muß freilich noch dahingestellt bleiben. Eine weitere Substanzklasse der Vitamine (A) scheint ein Glied in der Ursachenkette für die Entstehung der Rachitis und der Keratomalazie, (Xerophthalmie) zu sein. Von erheblicher Bedeutung für die Ernährung der Jugend ist schließlich eine Vitaminart (D), die nicht nur das Körperwachstum, sondern auch das Wachstum der Bakterien beeinflußt (1).

---

[1]) Gekürzte Wiedergabe der Doktor-Dissertation: Kann bei den heutigen Einkommensverhältnissen die Volksernährung den an sie zu stellenden Anforderungen besonders hinsichtlich des Vitamingehaltes entsprechen?

Für die Stellung des Themas bin ich Herrn Geheimrat Hahn, für Unterstützung bei der Ausführung Herrn Prof. Korff-Petersen zu Dank verpflichtet.

Während von Avitaminosen in letzter Zeit außer den im Kriege in Rumänien beobachteten Skorbutfällen im Jahre 1922 die immerhin beachtenswerte Zahl von 361 skorbutischen Erkrankungen von den Kreisärzten in Preußen gemeldet worden sind, ist eine ausgesprochene Polyneuritis nach Art der Beriberi in Deutschland nicht zur Beobachtung gelangt. Jedoch hat sich unverkennbar im letzten Kriegsjahre und den Jahren nach dem Kriege ein Zusammenhang zwischen der mangelhaften Ernährung und dem Nervensystem in der gesteigerten Reizbarkeit und Beeinflußbarkeit der Volksmassen gezeigt. In allerneuester Zeit hat Bonhöfer (22) auf das Auftreten einer Reihe von Ernährungspsychosen hingewiesen, die bald vom pellagroiden Typ sind, bald nach dem Skorbut hin tendieren.

Wenn wir also auch in Deutschland verhältnismäßig selten Avitaminosen in der ausgesprochenen Form wie in anderen Ländern finden, so müssen wir doch daran denken, daß schon die Anfangssymptome, die den Ärzten vielleicht entgehen könnten, in den Bereich differentialdiagnostischer Erwägungen gezogen werden müssen, da ja die Inkubationszeit am epidemiologischen Maßstab gemessen bei uns immer eine relativ lange sein wird, weil die Ernährung in praxi kaum so einseitig ist, wie sie der Laboratoriumsversuch fordert.

Auch die weiteren Fortschritte in der Ernährungslehre tragen entgegen der bisherigen mehr quantitativen Betrachtungsweise der Forschungstendenz Rechnung, die qualitative Bewertung der Nahrung mehr und mehr in den Vordergrund zu rücken.

In dieser Richtung bewegen sich die Untersuchungen Rubner's und die zahlreichen Versuche Abderhalden's (2), zur Bestimmung der biologischen Wertigkeit des Eiweißes. Dem selben Ziele strebt R. Berg (1) zu, wenn er in seinem Werke: „Die Vitamine“ dem Liebig'schen Minimumgesetz eine größere Geltung zu verschaffen sich bemüht.

Dieses alte Ernährungsgesetz sagt: Wenn ein einziger notwendiger Nährstoff in unzureichender Menge in unserer Nahrung enthalten ist, so nützen auch noch so große Mengen der übrigen Nährstoffe nichts.

Die Forderung nach einem Minimum für das Eiweiß ist bekannt. Nachdem es dann gelungen ist, das Eiweißmolekül in die verschiedenen Eiweißbausteine, die Aminosäuren, aufzusplittern, muß ein Minimum für jede dieser Aminosäuren postuliert werden. Innerhalb gewisser Grenzen können sich einige Aminosäuren vertreten, andere dagegen sind nicht ersetzbar.

Daß für das Fett gleichfalls ein Minimumbedarf besteht, ist von Strauß (3) und Aron (4) betont worden. — Es ist schon lange bekannt, daß der Gehalt der Nahrungsfette an Trioleinsäure unter ein Minimum nicht heruntergehen darf, weil das Fett sonst zu hart und schwer ausnutzbar wird.

Fette können jedoch nur im Feuer der Kohlehydrate verbrennen, auch diese müssen somit in gewissen Mindestmengen in der Nahrung vertreten sein.

Dasselbe gilt auch für die fettähnlichen Bestandteile der Nahrung, die Lipoide (5).

Für die Salze ist das Minimumgesetz ja von seinem Begründer ursprünglich aufgestellt worden, so daß diese Forderung nicht neu ist. Hinzu gekommen ist der von Kestner (6) geforderte Mindestbedarf an Zellulose, sowie die von Thomas (7) betonte Notwendigkeit eines Minimums an Vitaminen.

Der Bedarf an diesen idealen Mindestmengen könnte man vielleicht mit dem Worte Minimumbedarf oder dem Buchstaben „M" bezeichnen. M ist dann gleich der Summe des Minimumteilbedarfs an Eiweiß, Fett, Lipoiden, Salzen, Vitaminen usw. Diese Größe wird für ein und denselben Menschen ziemlich konstant sein, denn die zugeführten Stoffe dienen ja nicht der Energieerzeugung, sondern zur Regeneration im Zellhaushalt, oder um überhaupt die Lebensfunktionen zu ermöglichen. Arbeit wird mit dieser Größe (wenn man von innerer Arbeit absieht) kaum geleistet, klimatische Einflüsse nicht kompensiert. Zu diesem Bedarf kommt nun im praktischen Leben eine weitere Größe D. Diese Größe D variiert erheblich mehr als die Größe M. Während nämlich M bei ein und demselben Individuum im wesentlichen nur abhängig ist vom Geschlecht, Alter und Gewicht, ist D in hohem Grade abhängig von Arbeitsleistung und Wärmeproduktion. Die Größe M ist eine chemisch-biologische, sie entstammt dem Arbeitsgebiet des physiologischen Chemikers, dagegen wird die Größe D nach dem physikalischen Begriff der Kalorie bewertet. Für M gilt das Gesetz der biologischen Wertigkeit, für D das Gesetz der Isodynamie. M und D bilden zusammen den Nahrungsbedarf des Menschen.

Würde man den Gehalt der Nahrungsmittel an den einzelnen Minima quantitativ ermitteln können, so wäre man in der Lage unter Berücksichtigung der Preise eine Gleichung

$$M + D = N$$

aufzustellen, worin N den Geldwert der genannten Nahrung bedeuten

würde. Da man jedoch zusammen mit den reinen Minima der Größe M immer auch einen kalorischen Anteil mitkauft, so ist die Gleichung nach dem Stand unser heutigen Kenntnisse nicht lösbar.

Trotzdem es also nicht möglich ist, rechnerisch die Preise und Menge der notwendigen Minima gesondert von der Größe D zu erfassen, ist doch der Leitwert dieser Größe M, welche die Gesamtheit der in Betracht kommenden Minima in der Nahrung verkörpert, jetzt mehr und mehr in den Vordergrund getreten und hat dazu beigetragen die rein kalorische Betrachtungsweise in der Volksernährung wesentlich zu ergänzen. Die Wichtigkeit der M variierenden Faktoren: Geschlecht, Gewicht, Alter neben den D verändernden Faktoren: Arbeit bzw. Beruf, Aufenthaltsort bzw. Klima, Jahreszeit, Kleidung und Temperament wird jetzt deutlicher erkannt.

Alle diese Faktoren in der Massenernährung zu berücksichtigen, ist deshalb unmöglich, weil sie zum großen Teil individueller Natur sind. Aber einzelne Tatsachen verdienen doch allgemeinere Beachtung. So weisen Benedick, Holt u. a. (zit. n. Berg) nach, daß der Minimumbedarf eines Jünglings in den 7 Jahren des Pubertätsstadiums an Eiweiß 150—180 %, nach Berg sogar 200 % von dem des Erwachsenen beträgt. Eine erwachsene Frau braucht im Durchschnitt nicht weniger Eiweiß als der Mann, weil Menstruation, Schwangerschaft, Puerperium und Laktation den gewöhnlichen Bedarf erheblich vermehren.

Man kann D und M gleichsam als 2 kaufmännische Zahlungsverpflichtungen betrachten. Die Deckung des Kontos M ist unbedingt notwendig, sie ist unerläßlich, wenn die Firma die Möglichkeit haben soll, überhaupt weiter zu bestehen (Gehälter, Mieten). Während hier durch eine zu große Anhäufung von Zahlungsverpflichtungen die Existenz der Firma in Frage gestellt wird, d. h. in unserem Falle infolge zu geringer Deckung des Bedarfs an den einzelnen Minima Avitaminosen und sonstige Mangelkrankheiten auftreten, ist die Deckung des Kontos D zwar von derselben Bedeutung, aber nicht von derselben Dringlichkeit. Hier ist Zahlungsaufschub und Herabsetzung der Forderungen möglich, und genau so wird der Körper zunächst, falls die Größe D nicht ausreicht, durch Einschränkung der Muskeltätigkeit und jede irgend wie vermeidbare Wärmeabgabe, die kalorische Verausgabung möglichst herabzusetzen bestrebt sein ehe der eigene Bestand zur Deckung des Verlustes herangezogen wird.

Der Zuführung der Größe M kann sich der Körper nicht ent-

ziehen, wenn er gesund bleiben will. Diese Größe M ist eine untere Gefahrengrenze, die nicht unterschritten werden darf. Sie stellt das physiologische Minimum vor; das hygienische Minimum wird gewisse Sicherungen zu bieten haben und daher um einen gewissen Prozentsatz erhöht werden müssen.

Eine die Einseitigkeit vermeidende Ernährungsweise, die die größtmögliche Abwechselung bringt, macht die Wahrscheinlichkeit, irgendein Minimum, einen Teilwert der Größe M, nicht genügend zu denken, am geringsten. Denn abgesehen von der Milch sind alle Nahrungsmittel einseitig, entsprechen nicht einer wohlproportionierten Nahrung.

Wenn demnach die Forderung nach der Deckungsmöglichkeit für die einzelnen Minima erfüllt sein soll, so darf kein Nahrungsmittel, mag es nun das seines Geschmackswertes wegen bevorzugte Fleisch, mögen es die ihrer Billigkeit wegen in größeren Mengen zum Konsum gelangenden Kohlehydrate sein, die anderen zu stark verdrängen.

Welche Anteile der Größe M durch einseitige Fleischernährung verdrängt werden, kann uns heute weniger interessieren, als die Verdrängungserscheinungen, die durch übermäßige Kohlehydratzufuhr entstehen. Schon einmal hat im Kohlrübenwinter 1916/17 eine Proletarisierung unser Ernährung stattgefunden. Aber auch unsere augenblickliche Ernährung ist nur unter gefahrdrohender Zufuhr von Kohlehydraten möglich. Man geht daher wohl kaum fehl, wenn man die in der letzten Zeit beobachteten, auf Ernährungsstörungen beruhenden Erkrankungsformen, soweit sie nicht als reine Avitaminosen anzusprechen sind, zu einem großen Teil zu den durch übermäßige Kohlehydratzufuhr mittelbar oder unmittelbar veranlaßten Ernährungskrankheiten rechnet. Zu ihnen scheint zu gehören die Rachitis tarda, die Osteomalazie, deren zeitweilige Zunahme nach einer Reihe von Autoren unverkennbar war (s. Lit. 8—14.)

Da die Überschreitung des Kohlehydratmaximums, für das die Pädiatrie bereits Maximalwerte aufzustellen beginnt, ferner eine körperliche Belastung durch ein zu großes Nahrungsvolumen, wahrscheinlich auch das klinische Symptom des Muskelschwundes zur Folge hat, so erfordert die Quantität dieser Nahrungskomponente eine weit größere Beachtung, als es bisher geschehen ist.

Leider haben wir keine Wahrnehmungsmöglichkeit für das Fehlen gewisser Minima in der Nahrung. Unser Hungerempfinden

ist eigentlich sehr unvollkommen. Wir haben, wie Lippschütz (15) betont hat, keinen partiellen, sondern nur einen allgemeinen Hunger.

Stellen sich nun durch Zuführung von nicht richtig zusammengesetzter, nicht proportionierter, also einseitiger Nahrung bei längerer Dauer Mängel an irgendwelchen Körperbausteinen ein, so müssen „partielle Hungerkrankheiten" entstehen. Eins der wesentlichen Symptome des totalen Hungers ist die Atrophie. Die partielle Atrophie, bald eine Atrophie von Drüsen mit innerer Sekretion, bald eine solche von Nerven oder Knochensubstanz ist die notwendige Folge, wenn die Nahrung einseitig ist, wenn die spezifischen Bauelemente dieser Organe nicht in ausreichenden Mengen zugeführt werden. Der Begriff „partielle Atrophie" bezogen auf die endokrinen Drüsen erklärt z. B. den beobachteten Zusammenhang der Osteomalazie mit den innersekretorischen Vorgängen.

Auch der biochemische Antagonismus zwischen den einzelnen Nahrungskomponenten: Kohlehydrat-Eiweiß, Säure- und Basenbildnern, Kalcium-Kalium, dürfte dazu beitragen, der qualitativen Betrachtungsweise in der Ernährung die Geltung zu verschaffen, die das Minimumgesetz unbedingt erheischt.

Bei restloser Anwendung dieses Gesetzes wird man nicht umhin können, auch die Wichtigkeit anscheinend unbedeutender Minima nicht zu vernachlässigen.

Ob es gelingen wird, die eine oder die andere Substanzklasse der Vitamine auf noch nicht bekannte oder weniger beachtete Minima (noch unbekannte Aminosäuren, Lipoide, anorganische Bestandteile) bzw. ihre Eiweiß-Lipoidverbindungen zurückzuführen, läßt sich z. Z. noch nicht sagen.[1])

Die vorhergehenden Ausführungen haben ergeben, daß die Betrachtung der Volksernährung allein unter Berücksichtigung der Quantität unmöglich zu hygienisch einwandfreien Schlüssen führen kann. Eine alte Erfahrung zeigt, daß bei großer Auswahl von Nahrungsmitteln, wie sie vor dem Kriege vorhanden war, instinktiv vom Volke auch das Vitaminbedürfnis berücksichtigt wird. Denn wir haben vor dem Kriege mit Ausnahme der Rachitis, deren Ätiologie aber noch nicht völlig geklärt ist, kaum Avitaminosen zu verzeichnen gehabt. Wenn wir uns also über die jetzige Kost in Rücksicht auf ihren Vitamingehalt und ihre Wirkung ein Urteil

---

[1]) Erwähnt sei auch Silizium, das in unbekannten Verbindungen der Haare ja vielleicht allgemein in den ontogenetisch entsprechenden Hornhautschichten der Haut, des Auges vorkommt, und Fluor, das in dem Schmelz der Zähne und in der Knochensubstanz eingebaut ist.

bilden wollen, so müssen wir zum Vergleich die quantitative und qualitative Zusammensetzung der Kost vor dem Kriege heranziehen. Quantitativ geschieht dies schon jetzt dadurch, daß man bei allen Berechnungen, die den Ernährungsindex betreffen, den Bedarf von 3000 Kalorien für den arbeitenden Erwachsenen von 70 kg als Konsumptionseinheit zugrunde legt. Qualitativ dagegen finden die traurigen Erfahrungen, die man mit der Kost wöhrend und nach dem Kriege bezüglich des Auftretens von Avitaminosen gemacht hat, weder bei der Berechnung des Preisindex noch bei der Aufstellung von Kostsätzen genügende Berücksichtigung.

Die Versorgung des Körpers mit Vitaminen wird nur dann als ausreichend zu betrachten sein, wenn entweder vitaminreiche Nahrungsmittel in geringer oder wenig vitaminhaltige in größerer Menge dem Körper zugeführt werden.

Betrachten wir zunächst die für die Ernährung der Kinder (nicht nur der Säuglinge, sondern auch der in der Adoleszenz und der Pubertät befindlichen) wichtigen Vitaminarten (Faktor A und D), so finden wir, daß die als Vitaminträger in Frage kommenden Nahrungsmittel Milch, Butter, Eier sehr teuer sind. Hier wird also die Preisfrage leicht zu einer unzureichenden Zufuhr führen können.

Der Faktor B und C ist in besonders reicher Menge in Gemüse vorhanden. Auch dieses steht hoch im Preise. Daraus ergeben sich folgende Schwierigkeiten. Erstens erfordert bei erheblicher Gemüsezufuhr unter den heutigen Preisverhältnissen die Kost einen hohen Geldaufwand. Wollte man ferner trotz des geringen Gehaltes des Gemüses an biologisch hochwertigen Stickstoffsubstanzen die Deckung des Eiweißbedarfes gleichfalls durch Gemüse herbeizuführen suchen, so würde das Nahrungsvolumen so groß werden, daß es der Ernährungstendenz der Bevölkerung, besonders der auf konzentrierte Nahrung eingestellten industriellen, nicht mehr entspricht. Es müssen eben außer Gemüse Fleisch, Käse, Eier, Fische verzehrt werden; diese haben jedoch wiederum nur einen geringen Gehalt an den Vitaminarten B und C. Wenn demnach dem Körper durch diese relativ vitaminarmen Nahrungsmittel genügend Vitamine zugeführt werden sollen, so müssen schon gewisse Mindestmengen davon verzehrt werden. Vielleicht kann man kurz sagen: je niedriger der durch die Lebensweise bedingte Gesamtkalorienverbrauch und je geringer infolge der Preisbildung die Auswahl ist, um so schwerer wird es dem finanziell schwächer gestellten Konsumenten, eine Unterbilanz in der Vitaminzufuhr zu vermeiden.

Wir können uns daher erst dann ein Bild davon machen, ob unsere Bevölkerung genügend Vitamine in ihrer Nahrung aufnehmen kann, wenn wir Einkommen und Ausgaben für die Nahrung gegenüberstellen. Ein einwandfreies Bild von der Volksernährung würde man nur erhalten durch Erhebung von Wirtschaftsberechnungen in der Gegenwart. Leider liegen solche nur in geringer Zahl und Umfang vor. Angesichts der Wichtigkeit des Gegenstandes wird sich der Staat der Aufgabe nicht entziehen dürfen, die Erhebung solcher Wirtschaftsrechnungen auf allerbreitester Basis (auch der freien Berufe, der selbständigen Kaufleute, Gewerbetreibenden, kurz des sog. Mittelstandes, die bisher sehr wenig bekannt sind), baldmöglichst ins Werk zu setzen, um die Veränderung der Ernährungslage objektiv festzustellen, und der Wissenschaft die Möglichkeit zu bieten, beratend oder warnend ihre Stimme zu erheben.

In Ermangelung anderer Vergleichswerte werde ich die Vorkriegsernährung unseres Volkes der Untersuchung zugrunde legen.

Ich möchte mich in meinen Ausführungen auf die im Jahre 1917 in Schmoller's Jahrbüchern 71. Jg. 1. und 2. Heft niedergelegte Arbeit von R. E. May: „Die deutsche Volksernährung gemessen am tatsächlichen Konsum großer Konsumentenkreise“ stützen, da diese wohl als die zuverlässigste angesehen werden kann.

Nach May entfiel auf die Konsumptionseinheit (3000 Kalorien) der Reichsbevölkerung unter Berücksichtigung ihres Altersaufbaus umgerechnet jährlich folgender Verbrauch:

41,1 kg Fleisch, 9,2 kg Fische, 115 Eier, 131 l Milch, 36 kg Käse, 9,8 kg Butter, 12,7 kg Margarine einschl. sonstiger Fette, 117,3 kg Kartoffeln, 75,3 kg Grünwaren, 20,9 kg Obst, 112 kg Mehl, davon 98 kg Brotmehl, 2,2 kg Reis, 1,9 kg Hülsenfrüchte, 16 kg Zucker.

Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt von Tyszka (16).

Auf die Woche entfallen dann folgende Mengen:[1])

Fleisch und Wurst 790 g, Heringe 177 g, Milch 2519 g, Käse 70 g, 2 Eier, Butter 171 g, Margarine 244 g, rationierte Brotmenge 4 Pfd., Kartoffeln 2256 g.

---

[1]) Gewisse Vereinfachungen sind erfolgt: (Was das Brot anbetrifft, so wurde zunächst die als Graubrot käufliche einer besonderen Preisbildung unterliegende Menge des Brotes eingesetzt; da jedoch der Friedenskonsum der Konsumptionseinheit ein höherer war, als der durch die Rationierung festgesetzte, so mußte die Differenz (92 g) als im freien Handel zuzukaufende Mehlmenge eingesetzt werden. Reis, Grütze, Puddings sind zusammen mit dem Suppenmehl (16 g) vereinigt. Gemüse und Obst ist gleichfalls zu einer Einheit zusammengezogen.)

Mehl (16 : 52 = 307)
(20 : 52 = 385)
(692 g)

Zucker 307 g, Gemüse und Obst 1854 g.

Für die aufgeführten Nahrungsmittel wurden die Kleinhandelspreise ermittelt; sie sind ersichtlich aus Tabelle 1. Teilweise sind sie entnommen der von Silbergleit allmonatlich aufgestellten Übersicht: „Die Kosten des Ernährungsbedarfs“; sie konnten für die wichtigsten Vitaminträger noch ergänzt werden infolge dankenswerten Entgegenkommens des Berliner Statistischen Amtes.

Es werden nun von verschiedenen Stellen Berechnungen über den Kostenaufwand, den die Ernährung erfordert, vorgenommen; diese Rechnungen haben ein großes praktisches Interesse, ist doch der Aufwand für die Ernährung heute der wesentlichste Bestandteil in dem Gesamtaufwand für die Lebenshaltung. Während in der Vorkriegszeit einige wenige Enqueten angesichts der geringen Schwankungen der Lebensmittelpreise ein hinreichendes Bild von der Volksernährung entwarfen, sehen sich heute nicht nur das Statistische Reichsamt, sondern auch Ämter größerer Städte, wie Berlin, bis vor kurzem auch Schöneberg, veranlaßt, selbständige Erhebungen innerhalb kurzer Zeiträume (allmonatlich) vorzunehmen, eine Folge der rasch wechselnden Preise. Von den Gewerkschaften wird sogar die Forderung einer allwöchentlichen Festsetzung des Index aufgestellt.

Im folgenden sollen die Erhebungen des Statistischen Reichsamtes, das seinen Berechnungen eine fünfköpfige Familie (2 Erwachsene, 3 Kinder 12, 7, $1^1/_2$ J.) = 3,9 Konsumptionseinheiten zugrunde legt, sowie die des Statistischen Amtes der Stadt Berlin einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Aus technischen Gründen beginne ich mit letzterem.

Um zu errechnen, wieviel eine fünfköpfige Familie im Jahre 1922 für ihren Nahrungsbedarf hätte aufwenden müssen, wenn sie dieselben Nahrungsmittelquantitäten verzehrt hätte wie in der Vorkriegszeit, habe ich die in der Vorkriegszeit verbrauchten Gewichte der einzelnen Nahrungsmittel mit den Preisen der Tabelle 1 multipliziert. Eine fünfköpfige Familie = 3,9 Konsumptionseinheiten hätte dann dafür für je 1 Woche in den einzelnen Monaten Summen verbrauchen müssen, die in Stab I der Tabelle 2 zusammengestellt sind.

Tabelle 1.

Kleinhandelspreise pro kg in Mark.

1922

Monate	Fleisch und Wurstwaren	Fische Heringe	Milch	Käse	Eier Stück	Butter
Januar	36	21,20	6,10	63	4,60	90,00
Februar	42	14,70	6,10	68	5,10	102,00
März	48	15,75	6,50	72	3,50	106,00
April	72	20,00	8,80	88	4,15	134,00
Mai	82	21,00	8,85	96	4,20	145,00
Juni	108	25,00	10,00	106	5,30	144,00
Juli	132	31,00	11,70	140	7,30	195,00
August	154	56,00	11,40	203	8,70	314,50
September	216	98,00	34,00	324	14,45	575,00
Oktober	360	154,00	59,50	470	31,40	1 015,00
November	620	329,00	125,75	1 080	55,25	2 440,00
Dezember	1 160	586,00	187,50	1 840	82,00	3 050,00

Monate	Margarine	Brot rationierte Menge 4 Pfd.	Mehl (freier Handel)	Kartoffel	Gemüse	Zucker
Januar	47,50	8,55	12,00	2,60	4,00	13,50
Februar	52,00	14,08	14,00	2,20	6,00	15,00
März	59,00	17,04	16,00	4,80	6,40	18,00
April	71,50	16,40	22,00	6,20	7,80	22,00
Mai	71,00	16,50	24,00	5,80	11,00	36,00
Juni	76,00	17,14	24,00	4,10	13,00	36,00
Juli	106,00	21,00	32,00	6,50	14,00	48,00
August	195,00	26,72	50,00	8,70	15,00	78,00
September	400,00	39,00	100,00	7,40	16,00	140,00
Oktober	641,00	48,00	156,00	13,00	26,00	156,00
November	1 610,00	115,00	340,00	16,00	42,00	200,00
Dezember	2 040,00	315,00	490,00	16,60	60,00	254,00 (120,00) rationierte Menge

Wollen wir den Verbrauch dieser Familie mit dem der von Silbergleit in seiner Berechnuug: „die Kosten des Ernährungsbedarfs zugrunde gelegten vergleichen, so müssen wir in Betracht ziehen, daß Silbergleit seine 3köpfige Familie zu 2,3 Konsumptionseinheiten annimmt. Richtiger wäre es wohl noch, sie zu 2,7 Konsumptionseinheiten nach Schütz (zit. n. Flügge, Grundriß 1922) anzunehmen. Es müßte sich dann der Verbrauch der 3,9 Konsumptionseinheiten betragenden Familie in May's Berechnung zur Silbergleit'schen wie 1,7 : 1 bzw. wie 1,4 : 1

verhalten. Eine Gegenüberstellung beider Zahlen ergibt jedoch folgendes Bild.

Tabelle 2.

I. 5köpfige Familie unter Zugrundelegung einer der Vorkriegszeit entsprechenden Ernährung eines Arbeiters.		II. 3köpfige Familie (Statist. Amt Berlin) „die Kosten des Ernährungsbedarfs" (Silbergleit)		III. Es verhält sich also I:II wie
Januar	437,80 M.	Januar	197,88 M.	2,39 : 1
Februar	559,20 „	Februar	209,50 „	2,67 : 1
März	620,20 „	März	253,90 „	2,44 : 1
April	801,40 „	April	322,03 „	2,49 : 1
Mai	883,40 „	Mai	343,40 „	2,63 : 1
Juni	994,70 „	Juni	377,30 „	2,43 : 1
Juli	1 258,50 „	Juli	518,00 „	2,20 : 1
August	1 674,50 „	August	761,90 „	2,06 : 1
September	2 811,10 „	September	1 356,30 „	2,11 : 1
Oktober	4 568,10 „	Oktober	2 147,10 „	2,10 : 1
November	9 334,65 „	November	4 645,30 „	2,01 : 1
Dezember	14 648,40 „	Dezember	7 431,90 „	1,98 : 1

Man erkennt die große Differenz, die zwischen dem berechneten (1,7 : 1) und dem tatsächlich gefundenen Verhältnis (2,29 : 1 im Durchschnitt) besteht.

Die Ursache liegt darin, daß die Erhebungsgrundlagen verschieden sind. „Die Kosten des Ernährungsbedarfs" sind auf der „Grundlage möglichster Wohlfeilheit" aufgestellt. Zugrunde gelegt sind für die Woche folgende Nahrungsmittelmengen: 1. Rationierte Lebensmittel, Brot und Kleingebäck: 1900 g, Zucker 340 g. 2. Im freien Handel: Rindfleisch 250 g, Margarine 400 g, Weizenmehl 250 g, Haferflocken 500 g, Gemüse 750 g, Heringe gesalzen 250 g, Hülsenfrüchte 1500 g, Reis 500 g, Kartoffeln 2500 g, Kaffeezusatz 125 g (für einen Erwachsenen). Durch die enorme Reduzierung der Fleischmenge, die kaum ein Drittel der dieser Arbeit zugrunde gelegten Erhebungsmenge entspricht, die Vernachlässigung von Käse und Milch würden bei einer derartigen Ernährung kaum 13 bis 14 Proz. des Bedarfs an Eiweiß für einen Erwachsenen durch animalisches Eiweiß gedeckt. 40 bis 50 Proz. ist jedoch die Menge, die nicht unterschritten werden sollte, um nicht einen zu großen Kohlehydratüberschuß entstehen zu lassen. Das Nahrungsvolumen ist denn hier auch ein ganz gewaltiges. Die wöchentlich auf den erwachsenen Mann entfallenden 1500 g Hülsenfrüchte würden als Brei 6,25 Liter ausmachen. Man müßte sich also täglich allein 1 Liter Erbsenbrei oder Bohnenbrei ein-

verleiben, gar nicht zu gedenken der 5 Liter Hafermehlsuppen wöchentlich (die Suppen enthalten 90 Proz. Wasser), der Reis- und Kartoffelmengen (also etwa 6 Teller Suppen täglich ohne Kartoffeln, Brot usw.). Die Errechnung von „85g Eiweiß pro Tag" hat wissenschaftlich gar keinen Wert, denn es kommt nicht nur auf die Eiweißmenge an sich an, sondern auf die biologische Wertigkeit des Eiweißes. Insbesondere darf man die Leguminosen als Eiweißträger nur recht niedrig einschätzen, denn die Spezialforscher Mc. Collum, Simonds, Pitz und Parsons (1), Berg haben durch zahlreiche Versuche den Beweis erbracht, daß die biologische Wertigkeit des Leguminosen-Eiweißes außerordentlich gering ist. Nach Berg würde der biologische Eiweißbedarf eines Menschen erst durch etwa 10 kg Bohnen gedeckt werden können. Was das Gemüse anbetrifft, so werden für die Woche 750 g Gemüse angenommen, also 100 g pro Tag. Die Vitaminforschung bezeichnet diesen Wert als viel zu gering. Schon im Jahre 1920 wurde in England gelegentlich der großen Aussprache der medizinischen Gesellschaft über den Stand der Vitaminforschung (19) ausdrücklich hervorgehoben, daß nach klinischen Ergebnissen die gegen Skorbut schützende Mindestmenge erst 200 oder 250 g Gemüse (Soldatenration im aktiven Dienst) darstellen.

Selbst wenn wir auch annehmen, daß die Nahrungsmenge des Deutschen Volkes vor dem Kriege etwas größer war als unbedingt nötig und infolgedessen eine geringe Herabsetzung des Verbrauches unbedenklich sein könnte, so zeigen doch diese Ausführungen, daß die vom Statistischen Amt der Stadt Berlin ihren Berechnungen zugrunde gelegten Nahrungsmittelmengen vor allen Dingen in qualitativer Hinsicht keineswegs den hygienischen Anforderungen entsprechen.

Das Statistische Reichsamt legt seinen Indexberechnungen folgenden angenommenen Verbrauch (18) für eine 5köpfige Familie während eines Monats zugrunde: Brot 47 kg, Mehl 4 kg, Nährmittel 11 kg, Kartoffeln 70 kg, Gemüse 30 kg, Fleisch 3 kg, Schellfisch 1,5 kg, Speck 1,5 kg, Fett 4,5 kg, Salzheringe 1 kg, Dörrobst 3 kg, Zucker 3,5 kg, Eier 10 Stück, Vollmilch 28 Liter.

Die Ernährungsindexziffern werden allmonatlich in „Wirtschaft und Statistik" (20) veröffentlicht. Sie geben an, mit wieviel die durchschnittlichen Ernährungskosten der Jahre 1913/14 multipliziert werden müssen, um den Kosten des Monats gleichzukommen, für den die Indexzahl gilt.

Die Indexziffern für die Ernährungkosten der einzelnen Monate der Jahre 1920—22 sind aus der untenstehenden Tabelle 3 ersichtlich:

Tabelle 3.

Die Ernährungsindexzahlen des Statistischen Reichsamtes für die einzelnen Monate der Jahre 1920—22.

	1920	1921	1922
Januar	—	12,65	24,63
Februar	8,54	11,91	30,20
März	10,03	11,88	36,02
April	11,23	11,71	43,54
Mai	11,78	11,52	46,80
Juni	11,23	11,75	51,19
Juli	11,56	12,74	68,36
August	10,49	13,99	97,46
September	10,32	14,18	154,70
Oktober	11,29	15,32	266,20
November	11,84	19,14	549,80
Dezember	12,72	20,88	807,00

1913/14 = 1

Ein Vergleich der vom Statistischen Reichsamt seiner Ernährungsindexberechnung zugrunde gelegten Nahrungsmittelmengen mit den nach May und von Tyszka errechneten ergibt wie die nachstehende Tabelle 4 zeigt, einen erheblichen Fehlbetrag der wichtigsten Vitamin- und Eiweißträger, Fleisch, Butter usw. Dagegen ist die Kartoffelmenge hier erheblich größer.

Tabelle 4.

Jahreskonsum einer fünfköpfigen Familie nach der Reichsstatistik	Jahreskonsum einer fünfköpfigen Familie (May)	Jahreskonsum einer vierköpfigen Familie (von Tyszka)
36 kg Fleisch	169 kg Fleisch und Wurst	128 kg Fleisch und Fische
18 „ Fische	36 „ Fische	30 „ Wurst
12 „ Heringe	449 Eier	600 Eier
120 Eier	511 l Milch	650 l Milch
336 l Milch	14 kg Käse	13 kg Käse
10 kg Käse	35 „ Butter	44 „ Butter
54 „ Fett	50 „ Margarine	21 „ Margarine
18 „ Speck	457 „ Kartoffeln	472 „ Kartoffeln
840 „ Kartoffel(!)	437 „ Mehl (davon	540 „ Brot u. Backwaren
564 „ Brot	382 kg Brotmehl	24 „ Erbsen
48 „ Mehl	Differenz: Suppenmehle)	18 „ Linsen
132 „ Nährmittel(!)	7 kg Hülsenfrüchte	12 „ Bohnen
42 „ Zucker	9 „ Reis	48 „ Zucker
360 „ Gemüse	62 „ Zucker	48 „ Kohl und Gemüse
36 „ Dörrobst	294 „ Grünwaren	15 „ Kaffee
	81 „ Obst	

Die Zusammenstellung zeigt, daß die das Statist. Amt Berlin betreffenden Ausführungen in vollem Umfang auch auf das Reichsamt zutreffen. Die Fleischmenge erreicht gleichfalls eine entsprechend niedrige Größe. Auch hier wird die Deckung des Eiweißbedarfs durch Leguminosen und Vegetabilien versucht, die biologische Wertigkeit des Eiweißes wird gleichfalls nicht berücksichtigt. Nicht beachtet wird ferner das übergroße Nahrungsvolumen, das in gleicher Weise seine Erklärung findet wie das des Statistischen Amtes Berlin. Vernachlässigt wird die Kenntnis, daß die gesellschaftliche Struktur eine andere geworden ist. Infolge der Industrialisierung ist der überwiegende Teil derjenigen erwachsenen männlichen Bevölkerung, für welche die Indexberechnung wesentlich ist, nämlich des städtischen, darauf angewiesen, möglichst konzentrierte Nahrung zu sich zu nehmen, die auch wegen des geringeren Appetits der Bevölkerung genügende Geschmackreize haben muß.

Ein Bild von der gesamten Ernährungslage in qualitativer und quantitativer Hinsicht wird man sich erst machen können, wenn man den Zahlen, die hier auf Grund der Unterlagen May's über die tatsächliche Vorkriegsernährung von Arbeiterfamilien unter Zugrundelegung der Kleinhandelspreise für die einzelnen

Tabelle 5.

Nach „Wirtschaft und Statistik 1922".

	Wochenlöhne der verheirateten						Durchschn. Monatsgehalt der Beamten (verheiratet mit 2 Kindern bis 14 Jahren)	
	Metallarbeiter			Maurer und Zimmerer	Bauhilfsarbeiter	Buchdrucker		
	gelernte	angelernte	ungelernte				untere	höhere
1913/14	42	39,96	30,62	43,64	29,15	54,38	165	608
							(1980	73 000
							Jahresgeh.)	
Januar 1922	—	—	—	—	—	—	2 452	5 067
Februar	634	469,65	455,70	627,75	597,53	613	—	—
März	—	—	—	—	—	—	—	—
April	—	—	—	—	—	—	—	—
Mai	957	926	903	1 222	1 175	933	—	—
Juni	1 154	1 104	1 081	—	—	1 093	—	—
Juli	1 407	1 353	1 322	—	—	1 393	6 798	12 193
August	1 905	1 836	1 795	2 060	1 959	1 453	10 218	18 622
September	3 392	3 263	3 185	3 652	3 478	2 734	19 366	35 489
Oktober	5 217	4 879	4 815	5 436	5 184	—	24 725	48 611
				Textilarbeiter				
November	8 457	8 106	7 870	8 011	—	—	42 459	83 695
Dezember	—	—	—	—	—	—	70 766	138 487

Monate des vergangenen Jahres errechnet sind, die Löhne oder Gehälter der verschiedenen Berufsklassen gegenübergestellt. Sie sind in Tabelle 5 angegeben. Ein Vergleich der Tabelle 2 und 5 zeigt, daß der gesamte Lohn eines ungelernten und angelernten Metallarbeiters im Monat Februar v. Js. sowie die Löhne sämtlicher Arbeiterkategorien im November nicht ausreichten, um die Kosten für eine Ernährung, die der Vorkriegsernährung von Arbeiterfamilien entsprochen hätte, zu decken. Schon im Februar 1922 hätte ein ungelernter Metallarbeiter von seinem Lohn allein für die Ernährung 88 Proz., im Mai 89 Proz., im August 88 Proz., im September 78,7 Proz., im Oktober 87 Proz. ausgeben, im November noch 3,7 Proz. mehr verdienen müssen, wenn er sich eine der Vorkriegsernährung an Menge und Beschaffenheit gleiche Nahrung hätte zuführen wollen.

Die hier errechneten hohen Ausgaben unter Zugrundelegung einer der Vorkriegsernährung entsprechenden Ernährungsweise einer Arbeiterfamilie zeigen die gespannte Lage in dem Haushalt der meisten deutschen Volksgenossen.

An der Tatsache, daß weite Schichten des Volkes, wahrscheinlich der allergrößte Teil, fast ihr gesamtes Arbeitseinkommen zur Bestreitung der notwendigen Ausgaben für eine richtig zusammengesetzte Ernährung anwenden müßten, kann nicht mehr gezweifelt werden. Da jedoch noch andere nicht minder wichtige Ausgaben parallel laufen, so ist die Ernährung nur möglich, wenn an den teueren vitaminhaltigen Nahrungsmitteln Milch, Butter, Käse, Eier, Gemüse, Fleisch gespart und die Sättigung durch voluminöse, Magen und Darm füllende, Magenerweiterung verursachende Nahrungsstoffe herbeizuführen gesucht wird. Daß die heranwachsende Generation dadurch besonders gefährdet ist, liegt auf der Hand, da auf diese Weise gerade die wichtigsten Eiweiß- wie Vitaminträger in der Nahrung fehlen. Nicht minder wird das recht teure Gemüse, das neben dem antiskorbutischen Vitamin zahlreiche Salze enthält, in seinem Konsum unter die zu fordernde Norm herabgedrückt werden. Ganz unmöglich ist es jedoch, die in der Pubertät notwendigen großen Mengen an hochwertigem Eiweiß zu kaufen, die physiologisch dem Körper bereit stehen müssen, wenn er nicht Schaden nehmen soll.

Sowohl das Statistische Reichsamt wie das der Stadt Berlin berechnen nicht die tatsächlichen Kosten für den Lebensmittelbedarf; sie errechnen nur einen Teilaufwand (Salz,

Essig, Kaffee, Tee, Kakao werden vom Statistischen Reichsamt vollständig unberücksichtigt gelassen) der Kosten für den Lebensmittelbedarf. Das hygienische Existenzminimum wird, wenn man nicht nur die Quantität sondern auch die Qualität (Vitamingehalt, Größe M) berücksichtigt, nicht erreicht. Die Erhebungen sind vom wissenschaftlichen Standpunkt in mancher Hinsicht anfechtbar. Nur der Wert eines symptomatischen Gradmessers für die Bewegung der Lebensmittelpreise muß ihnen zuerkannt werden.

Man sieht daraus, wie bedenklich es ist, auf Grund solcher Unterlagen das Einkommen für Familien mit Kindern festzusetzen; es ist vom wissenschaftlichen Standpunkte nicht zu bestreiten, daß auf diese Weise ein Mißverhältnis zwischen Einkommen und Ausgaben resultieren kann, daß zu einer Einschränkung der Ernährung in qualitativer und quantitativer Hinsicht führt, namentlich aber bei der auf diese Weise auch verringerten Auswahl, die Gefahr von Mangelerkrankungen bietet. Namentlich wird diese Gefahr immer bestehen, solange aus parteipolitischen Rücksichten die Differenz zwischen den Löhnen der Familienväter und der nnverheirateten so gering ausgebildet ist.

Das hygienische Minimum an Nahrung hat die Gesunderhaltung des Individuums, seine Lebensdauer, seine Fortpflanzungsfähigkeit und das Schicksal seiner Nachkommenschaft zu berücksichtigen. Bei der Aufstellung einer neuen Erhebungsgrundlage wird diesen Forderungen Rechnung getragen werden müssen. Im besonderen wird neben den Forschungsergebnissen über die biologische Wertigkeit, über den Vitamingehalt der Nahrungsmittel Beachtung finden müssen der erhöhte Bedarf der Frauen und Kinder an besonders teuren Nahrungsmitteln. Nicht vernachlässigt werden darf die Tatsache, das die Bevölkerung infolge der erwähnten Tendenz zu konzentrierter Nahrung auf zu große Volumina nicht eingestellt ist und Fleisch-, Milch-, Eierkonsum daher nicht unter eine gewisse Grenze heruntergehen darf.

Die Schwierigkeit, eine richtige Unterlage für die Erhebung des Nahrungsmittelbedarfs zu schaffen, ist nicht zu verkennen. Denn die Höhe der Löhne, der Gehälter, die durch die Reichsteurungsstatistik reguliert werden, steht mit der wirtschaftlichen Lage unseres Volkes, also die Volksgesundheit mit der Volksgesundung in engstem Zusammenhang. Doch wird man dafür Sorge tragen können, daß von den vor-

handenen Nahrungsmittelmengen, soweit die heutige Lohngestaltung ihren Kauf zuläßt, den modernen Forschungsergebnissen besonders hinsichtlich der Vitamine entsprechend, der zweckmäßigste Gebrauch gemacht wird. Beachtung aber werden diese Grundsätze nur finden, wenn ärztlich gebildete wissenschaftliche Sachverständige in viel stärkerem Maße auch in verantwortlicher Stellung bei den wirtschaftspolitischen Maßnahmen herangezogen werden.[1])

An erster Stelle muß auch heute noch das Gebot äußerster Sparsamkeit stehen! Für die Erhaltung der Vitamine ist die Zubereitungsart der Nahrungsmittel von ausschlaggebender Bedeutung. Ist doch der Gehalt an Vitaminen in den einzelnen Nahrungsmitteln von Natur aus sehr schwankend (in frischem Zustand am größten), gelagert oder getrocknet erheblich geringer. Alkali übt eine zerstörende Wirkung auf die Vitamine aus.

Die Tatsache, daß manche Vitamine in Wasser löslich sind, verbietet zu starkes Auslaugen von Fleisch und Gemüse. Beachtung finden müssen die Gefahren des zu langen Kochens. Das in Speisehäusern, Hotels usw. übliche Garkochen und darauf folgende Braten ist gänzlich zu verwerfen. Betont werden muß der geringe Vitamingehalt der Fleischkonserven. Daß nach besonderen Verfahren hergestellte Trockenmilch ihren Vitamingehalt nicht verlieren soll, wird behauptet; jedoch wird der Beweis noch zu erbringen sein. Man wird auch bei der Fütterung des Viehs auf die Erhaltung der Vitamine in den Futtermitteln Wert legen müssen; besonders geeignet erscheint hierfür das saftige Silagofutter, ein Saftpressfutter, das einem Gärprozeß bzw. besonderer elektrischer

---

[1]) An dieser Stelle mögen die Ausführungen M. Hahn's in „Sozialhyg. Ausblicke in Deutschlands Zukunft“ angeführt sein. „Vorläufig aber ist, trotzdem das Wort „Sozialhygiene“ heute so häufig ertönt, noch nichts davon zu merken, daß der Einfluß der Ärzte im wirtschaftlichen Leben Deutschlands gestiegen sei. Es hängt das wohl damit zusammen, daß die Parteipolitik, die gewissermaßen an die Stelle der Prudentia juris getreten ist, vollkommen das Feld beherrscht. Die Meinungen der sogenannten Techniker, zu denen im alten Regime alle diejenigen akademisch Gebildeten gezählt wurden, die keine juristische Vorbildung besaßen, also die eigentlichen Sachverständigen, werden auch jetzt noch immer hauptsächlich dann eingeholt, wonn es gilt, den Verwaltungsbeamten bei Verfügungen und sonstigen gesetzgeberischen Maßnahmen den Rücken zu decken. Daß ein Arzt schon bei den vorbereitenden Schritten auf wirtschaftlichem Gebiete um seine Meinung gefragt wird, dürfte wohl nur sehr selten vorkommen, und das Bestreben der Verwaltungsbehörden geht leider auch noch immer nicht dahin, in solchen Fällen den besten Sachverständigen zu befragen, sondern nach Möglichkeit den am bequemsten erreichbaren oder zu handhabenden.“

Behandlung unterworfen worden ist, und das im Gegensatz zur Trockenfütterung als vitaminreich betrachtet werden dürfte. Auch die Einfuhr von geeigneten Kraftfuttermitteln ist für die Milchproduktion und daher auch für die zur Verfügung stehende Vitaminmenge von Wichtigkeit.

Der Anbau von Gemüse, Obst, die Kleintierzucht ist nach Möglichkeit zu fördern. Vor allem aber wird man die hier betonte wissenschaftlich bewiesene Notwendigkeit, die Nahrung möglichst abwechslungsreich zu gestalten, beachten müssen, um trotz der eingeschränkten Ernährungsweise eine Schädigung der Volksgesundheit möglichst hintan zu halten.

Der hohe Wert gesunder, roh genossener pflanzlicher Nahrungsmittel wird zu der Forderung führen müssen, diese Nahrungsmittel, wenn irgend möglich gut gewaschen, aber ungekocht zu genießen (Krautsalat, Zwiebeln, Rettige, Mohrüben), soweit Infektionsgefahr es zuläßt. (Düngung!)

Gewisse Maßnahmen kann nur die Regierung treffen. Sie wird für Verbreitung der Kenntnisse über die Ergebnisse der modernen Ernährungswissenschaft sorgen müssen (Kreis-Winterschulen, Haushaltungsschulen usw.). Eine weitere Maßregel der Regierung wird die sein müssen, daß die Bahntarife für die Einfuhr von frischem Gemüse und Obst bedeutend heruntergesetzt werden, daß eine entsprechende Zollpolitik den neuesten Erkenntnissen der Ernährungslehre und dem berechtigten Bedürfnis der Bevölkerung nach Abwechslung Rechnung trägt.

Nachwort.

Diese Arbeit wurde bereits Anfang 1923 abgeschlossen. Die benutzten Zahlen sind daher selbstverständlich für die Beurteilung der gegenwärtigen Verhältnisse nicht ohne weiteres verwendbar. Die Schlußfolgerungen dagegen dürften auch heute noch ihre Gültigkeit behalten.

Literatur.

1) Berg, Ragnar, Die Vitamine, Kritische Übersicht der Lehre von den Ergänzungsstoffen. Leipzig (Hirzel) 1922.

2) Abderhalden, E., Weitere Beiträge zur Kenntnis von organischen Nahrungsstoffen. 15. Mitt. Ernährungsversuche mit künstlich dargestellten organischen Nahrungsstoffen. Pflüg. Arch. f. d. ges. Phys., Bd. 195, Heft 3.

3) Strauhs, H., Gibt es ein Fettminimum für die Ernährung? Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Jahrg. 13, Heft 8, S. 15/16, 1922.

4) Aron, Biochemische Zeitschrift 1920. Über den Nährwert und die Bedeutung der Nahrungsfette. Vgl. Über den Nährwert. Bioch. Zeitschr. 1918, Bd. 92, S. 211.

5) Stepp, Die Lipoide in ihrer Bedeutung als akzessorische Nährstoffe. Med. Klinik 1920, Nr. 3.

6) Kestner, Beruf, Lebensweise und Ernährung. Klin. Wochenschr. 1923, Nr. 4.

7) Thomas, K., Das Minimumgesetz in der Ernährungslehre. Zeitschr. f. angewandte Chemie. Jahrg. 34, Nr. 95 vom 6. Dez. 1921. Leipzig.

8) Böhme, Gehäuft auftretende Knochenerkrankungen infolge von Unterernährung. D. med. Wochenschr. 1919, Nr. 42.

9) Barbrock, Über gehäuftes Auftreten von spätrachitischen Knochenerkrankungen. Med. Klinik 1919, Nr. 39, 41.

10) Engel, Statistische Bemerkungen zur Frage der Rachitiszunahme. Berl. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 2, S. 31.

11) Hilger, Hungerknochenerkrankungen in München. Münchn. med. Wochenschr. 1920, Nr. 4.

12) Hochstetter, Übergehäuftes Auftreten von Spätrachitis. Münchn. med. Wochenschr. 1919, Nr. 28. Vgl. Nr. 29 Simon.

13) Schlee, Rachitis tarda s. Schlattersche Krankheit. Münchn. med. Wochenschr. 1919, Nr. 47 auch: Stetter, Über Spätrachitis. D. med. Wochenschr. 1920, Nr. 19.

14) Steuernthal, Über ein gehäuftes Auftreten von Ernährungskrankheiten bei Kindern. Med. Klinik 1919, Nr. 35.

15) Lippschütz, A., Wachstumsstörungen unter dem Einflusse mangelhafter Ernährung. Mitt. a. d. naturforsch. Gesellsch. i. Bern 1918—99.

16) von Tyszka, Die gegenwärtige Ernährungslage des deutschen Arbeiters im Vergleich zur Vorkriegszeit. Klin. Wochenschr. 19. Aug. 1922, 1. Jahrg., Nr. 34. Berlin.

17) „Die Kosten des Ernährungsbedarfs“. Monatliche Ermittlungen, herausgegeben vom Statistischen Amt der Stadt Berlin. Silbergleit 1920—23.

18) Vierteljahreshefte zur Statistik des Deutschen Reiches. 31. Jahrg. 1922, Heft 1.

19) Hopkins. Lancet 1921.

20) Wirtschaft und Statistik. Berlin 1922.

21) Stutzer, A., Vitamine. Mitt. der Deutsch. Landwirtschaftl. Gesellsch. Jahrg. 37, Nr. 8, S. 132/33, 1922.

22) Bonhöfer, K., Unterernährungspsychosen vom Pellagratypus. D. med. Wochenschr. 1923, Nr. 23.

23) Hahn, M., Sozialhygienische Mitteilungen. Zeitschr. f. Gesundheitspolitik u. Gesetzgebung. Jahrg. 21, Nr. 21, Heft 3. Karlsruhe 1921

Zur Frage der hauswirtschaftlichen Ausbildung.

Von Dr. med. Ernst Friedländer,
ehem. Assistent am mediz.-chem. Institut der Krankenanstalt „Rudolfstiftung“ in Wien
und
Dr. med. Clara Friedländer.

Trotzdem die Heilmittel aus den verschiedensten Gebieten des Naturreiches stammen, und viele von ihnen die kompliziertesten Prozesse chemischer oder physikalisch-chemischer Natur durchlaufen müssen, bevor sie gebrauchsfertig sind, kann man bei geeigneter Verschreibung aus jeder Apotheke Heilmittel von gleicher Art, Wirkungsweise und gleichem Geschmack erhalten. Erhält man aus einer Apotheke nicht ganz Vollwertiges, so kann man das dem Apotheker nachweisen. Es gibt keine „lieblose“ Zubereitung von Arzneimitteln, die man nicht nachweisen könnte.

Noch vor nicht zn langer Zeit war das anders. Da hat dieser Apotheker dieses, jener jenes Verfahren gehabt, wobei oft gerade die wirksamen Bestandteile einer Pflanze oder eines anderen Rohproduktes verloren gingen — aber sie bekamen hierbei oft einen eigenartigen Geschmack und galten als Spezialmittel.

Könnte man sich heute die Heilkunde ohne tiefste wissenschaftliche Durchforschung und ohne wissenschaftliche Weiterarbeit vorstellen? — Gewiß nicht. Wohin kämen wir, wenn wir ohne medizinische Hochschulbildung und hohe Forschung die früher für gewöhnlich angewendeten Mittel und Verfahren zusammenschrieben, ohne uns um eine Begründung zu kümmern und damit die breiten Volksmassen „belehrten“? Das Beste ist für die breiten Massen gerade gut genug und wer es sich zur Aufgabe gemacht hat, seinen Teil

zur Fortentwicklung eines Volkes beizutragen, muß die ernsteste Arbeit daran setzen. Es ist ein Lichtpunkt in der heutigen Zeit, daß durch die verschiedenen Volksbildungsanstalten, wie Volksbildungsvereine, Urania, Volkshochschulen, den breiten Schichten die Resultate wissenschaftlicher Forschung mitgeteilt werden und so jeder einzelne Staatsbürger in die Lage kommt, selbst an der Fortentwicklung seines Landes mitzuarbeiten; denn das Zuhören und selbständige Verarbeiten des Gehörten ist mindestens ebenso wertvoll für die kulturelle Entwicklung wie das Spezialforschertum. Eins ist ohne das andere wertlos.

Wir sehen dies an dem Beispiel Rußlands, wo es hervorragende Gelehrte gab und gibt, wo man sich aber gescheut hat, das Volk an den Segnungen der Wissenschaft teilhaben zu lassen. Wenn man im Gegensatz dazu Deutschland oder andere Weststaaten betrachtet, so ist wohl eine nähere Auseinandersetzung unnötig.

Überall, wo man einen Fortschritt zu verzeichnen hat, hat man die Wissenschaft als Führerin verwendet. In der Industrie so wie im Handel. Wer hätte z. B. gedacht, daß sich die Versicherungsgesellschaften einzig von der Mathematik bei ihren Abschlüssen leiten lassen werden, um die Größe einer Wahrscheinlichkeit zahlenmäßig festsetzen zu können.

Nur der Einzelhaushalt und mit ihm der Haushalt der Städte, Länder und Völker begnügt sich vorläufig noch mit dem, was an wissenschaftlichen Erkenntnissen anderswo abfällt und auch dies hat er zum größten Teil noch gar nicht verwendet. Die wissenschaftlichen Grundlagen für eine rationelle Hauswirtschaft liegen überall in allen Wissensgebieten verstreut, aber niemand nimmt sich die Mühe, sie zu sammeln, um eine Basis zur weiteren Forschung zu haben und dem lebenswichtigsten und verbreitetsten Beruf, dem Beruf der Hausfrau und Mutter, das zu geben, was er verdient, nämlich den Ehrenplatz unter den Berufen. Damit würden wir auch der Lösung einer anderen Frage näher kommen, nämlich der Frage von der Berufskonkurrenz zwischen Mann und Frau.

Es wäre sicher verfehlt, von absoluten Frauen- und absoluten Männerberufen zu sprechen. Wenn aber einmal der Beruf als Hausfrau und Mutter seiner kolossalen Wichtigkeit entsprechend ausgearbeitet und ausgebaut wird, so daß das weitere Arbeiten, das selbständige, bewußte Forschen auf diesem Gebiet der im Beruf stehenden Frau reichlich innere Befriedigung gewähren und sich in der Einzel- und Volkswirtschaft auswirken wird, dann wird auch bei voller Berufsfreizügigkeit der weitaus überwiegende Teil der

Frauen den hauswirtschaftlichen Beruf wählen. Es wäre aber verfehlt, eine chinesische Mauer um die Frauen bauen zu wollen und sie in Zwangsberufe zu drängen.

Heute sind wir noch so rückständig — gerade in hauswirtschaftlichen Fragen — daß die wissenschaftlichen Grundlagen der Hauswirtschaft, welche auf allen Wissensgebieten liegen, noch gar nicht zusammengetragen und systematisch geordnet sind. Überall liegen sie verstreut, für den Einzelnen schier unübersehbar, ungesichtet, für hauswirtschaftliche Zwecke noch ganz ungeeignet. Wenn die Wissenschaft wirklich Kulturträgerin sein will, dann müssen ihre Forschungsergebnisse den breitesten Schichten zugute kommen. Gerade die unbemittelten Frauen sollen hauswirtschaftlich erzogen werden — nicht, indem man ihre unrationelle Wirtschaft tadelt, — sondern indem man sie rationell wirtschaften lehrt.

Aber wie nun das? Was heißt rationell wirtschaften? In der Landwirtschaft sind eigene Forschungs- und Lehrstätten vorhanden, welche von einer hohen Warte aus Erkenntnisse sammeln und sie dem Landwirt zuführen. Daran denkt man bei der so wichtigen Hauswirtschaft gar nicht. — Die Frauen ein paar billige, nahrhafte Rezepte verständnislos auswendig lernen lassen? Das wird nie zu irgendeinem Erfolg führen. Zudem ist die Küche, wenn auch einer der wichtigsten, so doch nicht der einzig wichtige Bestandteil der Hauswirtschaft. Wer kümmert sich um die Biologie der Kleidermotte, um ihr systematisch an den Leib rücken zu können? „Einkampfern!“ Ist damit schon etwas getan? Ist es die Motte selbst oder ihre Larven, welche die Kleidung zerstören — und, da es letztere sind, gibt es nicht zweckmäßigere Maßnahmen? — Wieviel Forstschaden ist schon durch biologische Erkenntnisse verhütet worden? Warum nicht auch Hausschäden? Dies nur als kleines Beispiel.

Was alles noch geleistet werden muß, wird in dem folgenden Ausbildungsplane in großen Umrissen dargestellt werden.

Im folgenden ein Plan für:

A. Die Sammlung und Weiterverarbeitung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die Hauswirtschaft auf einer Hochschulfakultät.

B. Die Verbreitung der Erkenntnisse

I. durch Hauswirtschaftliche Mittelschulen [1])

II. durch Hauswirtschaftliche Fortbildungsschulen.

[1]) Mittelschule = höhere Lehranstalt.

A. Die Hauswirtschaftliche Universitätsfakultät.

Die Universität ist zugleich Forschungs- und Lehrstätte. Die Forschungsgebiete müssen also nach einem Lehrgang geordnet werden. Der Lehrgang teilt sich natürlicherweise in zwei Hauptgruppen: a) die theoretische, b) die praktische Gruppe.

Die beiden Hauptgruppen werden nun gesondert besprochen werden.

a) Die erste Hauptgruppe.

Sie umfaßt 1. Botanik, 2. Zoologie, 3. Chemie, 4. Physik, 5. Physiologie der Wirbeltiere, speziell des Menschen, 6. Physikalische Chemie, 7. Mineralogie und Geologie.

1. Botanik = Systematik, Physiologie, Morphologie. Die Technik des Mikroskopierens und Anfertigung einfacher mikroskopischer Präparate, wobei bereits auf die im Haushalt wichtigen Pflanzen hinzuweisen wäre.

Das Gebiet der Botanik müßte speziell von einem für die Hauswirtschaft interessierten Fachgelehrten gesichtet werden. Im Laufe der Zeit werden sich sicher noch speziellere Teilgebiete wie etwa hauswirtschaftliche Bakteriologie entwickeln.

2. Zoologie = Systematik. Bei den Wirbellosen wäre hier besonders die Biologie zu berücksichtigen und zu erforschen (Ungeziefer, Kleiderschädlinge, Lebensmittelschädlinge). Bei den Wirbeltieren wäre auch ein zootomisches Praktikum einzuführen, damit die Hausfrau aus eigener Anschauung den Bau des dem Menschen so nahe stehenden Wirbeltieres kennen lerne und weil eine eingehende Kenntnis der tierischen Anatomie für die Küche notwendig ist.

Die Physiologie der Wirbeltiere und des Menschen ist ein Fach für sich und setzt gute anatomische Anschauung voraus.

3. Chemie als notwendige Grundlage für die Ernährungskunde, Waren- und Lebensmittelkunde. Überall in der Hygiene, in der Küche, beim Einkauf und der Aufbewahrung von Speisen sind es Fragen chemischer Natur, welche zu lösen sind. Die Vorgänge im lebenden Körper sind ohne Kenntnis der Chemie unverständlich. Hier ist die elementare Chemie, die Analyse und soviel als möglich allgemeine Theorie zu behandeln.

4. Dasselbe gilt für die Physik.

5. Physiologie: Hier ist, wie bereits erwähnt, speziell die Physiologie der Wirbeltiere und des Menschen zu behandeln, wenn man auch gewiß das Gebiet nicht so scharf abgrenzen kann, daß

nicht auch etwa über Wirbellose oder über Botanisches gesprochen werden könnte.

6. Die physikalische Chemie ist eine noch junge Wissenschaft, die uns aber in der kurzen Zeit ihrer zielbewußten Bearbeitung ganz erstaunlich viele, klare Erkenntnisse gebracht hat. Sie ist eine unentbehrliche Wissenschaft für das Verständnis vieler Kochprozesse, vieler Verbindungsvorgänge und für die wissenschaftliche Ausbildung der Hausfrau ist die physikalische Chemie Grundbedingung.

7. Den Zwecken einer hauswirtschaftlichen Hochschulfakultät entsprechend wäre in der ersten Hauptgruppe noch eine Lehrkanzel für Mineralogie und Geologie zu errichten, wo das Wesen, die Herkunft und das erdgeschichtliche Verhalten der für den Haushalt in Betracht kommenden Mineralstoffe behandelt wird.

B. Die zweite Hauptgruppe.

Die zweite Hauptgruppe ist in verschiedene Fächer gegliedert:

1. Ernährungslehre.

α) Spezielle Ernährungschemie.

Der Ausdruck Ernährungschemie ist absichtlich statt Nahrungsmittelchemie gewählt, weil hier speziell die chemischen Bedingungen für eine normale Ernährung studiert werden sollen. Die chemische Zusammensetzung der Nahrungsmittel, der Chemismus der Verdauung, die Chemie der Küche sind eingehend zu behandeln, wobei die Kenntnis der elementaren Chemie und der Physiologie vorausgesetzt wird (siehe erste Hauptgruppe).

Auch physikalisch-chemische Fragen werden im Zusammenhang zu erörtern sein und eine hervorragende Rolle spielen.

β) Kochen: Hier sollen nicht etwa aus falschem Dünkel die alten Küchenerfahrungen beiseite geschoben werden. Die alten Erfahrungen sollen mit den Erkenntnissen der Naturwissenschaften verglichen werden und dort, wo die Klärung von Fragen noch nicht gelungen ist oder noch gar nicht versucht wurde, soll wissenschaftliche Forschung einsetzen, so daß die gute Küche, die schmackhafte Zubereitung immer mehr aus dem Gebiete der persönlichen Kunst in das Gebiet bewußten Könnens und Verstehens übergeleitet wird. In engster Fühlung mit der Physiologie und Chemie soll hier die Ernährung bei verschiedenen Leistungen, während des Wachstums, bei verschiedenen physiologischen Zuständen (z. B. Schwangerschaft usw.) studiert werden.

Wenn auch manche Erkenntnisse heute schon gewonnen sind, so ist doch der größte Teil der Fragen noch ungelöst.

γ) Lebensmittelkunde: Dieses Lehrfach schöpft aus Zoologie, Botanik, Mineralogie und Chemie, wie dies ja heute schon in den Lebensmitteluntersuchungsanstalten der Fall ist. Man wird sich aber nicht nur auf den Nachweis von Fälschungen und Verunreinigungen beschränken, um den Wert eines Lebensmittels zu bestimmen, sondern auch z. B. zu bestimmen haben, warum gewisse Arten gebraucht werden, andere nicht, ob nicht etwa die Zucht und Kultivierung einheimischer Gewächse vollen Ersatz für teure ausländische Sorten böte. Nach systematischer Inangriffnahme dieser Fragen wird man erst sehen, was hier noch zu leisten ist.

δ) Konservierung von Lebensmitteln: Hierzu wird ein eigener Kurs nötig sein, um die Abteilung *β*) zu entlasten; wie sich überhaupt Spezialkurse als notwendig erweisen werden, z. B. ein solcher über zweckmäßiges Material und geeignete Form von Küchengeräten sowie deren Technologie.

2. Bekleidungslehre.

α) Für die Herstellung von Bekleidungsstoffen (im weitesten Sinne des Wortes) ist die Wissenschaft für die Industrie reichlich herangezogen. Es wird sich hier darum handeln, daß die Hausfrau die einfachste Form der Herstellung des Fadens (Handspinnen) und die einfachste Form der Herstellung eines Gewebes (Handweben) nicht nur gesehen, sondern selbst geübt hat, wenn sie auch in der Praxis nie selbst spinnen oder weben wird. Sie wird aber ein Gespinst oder ein Gewebe mit viel besserem Verständnis beurteilen, auch wenn diese maschinell hergestellt sind, sobald sie selbst die einfachste Herstellung beherrscht. Sie soll hier auch — mit allen Behelfen — Gewerbearten auf Güte und Feinheit untersuchen lernen. Auch das Gerben von Tierhäuten nach irgendeiner Methode soll sie zumindest gesehen haben.

β) Die Herstellung von Bekleidungsstücken.

Hierher gehört Kleider- und Wäschenähen und Schnittzeichnen. Ebenso die Anfertigung von Strickwaren und Schuhwerk. Spezielles Gewicht ist auf das Studium der geeignetsten Form und des geeignetsten Materials für Bekleidungsstücke zu legen. Hygiene und guter Geschmack müssen beide zu ihrem Rechte kommen. Den wahnsinnigen Ausgeburten der Mode kann nur dadurch wirksam entgegengetreten werden, daß die hauswirtschaftliche Universitätsfakultät den Ton in Bekleidungsfragen angibt, und die Führung

kann sie nur erreichen, wenn sie in Bekleidungsfragen den künstlerischen wie den hygienischen Standpunkt in gleicher Weise berücksichtigt.

γ) Aufbewahrung und Konservieren von Kleidung, Wäsche, sowie Schuhwerk (Wäschewaschen).

Diese Unterabteilung kann durch systematische Sammlung der bereits bestehenden Erfahrungen und wissenschaftlichen Ausbau derselben (Zuziehung biologischer Erfahrungen etwa zum Schutz vor tierischen Schädlingen) Enormes leisten. Die Chemie und physikalische Chemie des Wäschewaschens dürfte schon ein respektables Gebiet darstellen. Das periodische Bügeln (Plätten) der Oberkleider ist kein Luxus, sondern eine Schonungsmaßnahme und erspart viel an Reparaturkosten, ebenso die Verwendung von Schuhstreckern, so nebensächlich dies erscheinen mag.

3. Gesundheitspflege.

α) Wohnungshygiene: Eine der Hauptbedingungen für eine ordentliche körperliche und geistige Entwicklung sind hygienische Wohnverhältnisse. Die Prinzipien der Wohnungshygiene sind bereits von den Hygienikern klargestellt. Es wird sich hier darum handeln, Mittel und Wege zu finden, wie man für Minder- und Unbemittelte möglichst gesunde Wohnverhältnisse schafft, denn mit viel Geld lassen sich die Forderungen der Hygiene ohnehin leicht durchführen. Beim Bau von Mietwohnungen wird diese Unterabteilung ihr Gutachten abzugeben haben. Die unbemittelten Familien sind gewöhnlich auch kinderreich und die Familienmutter hat für die Aufzucht der Kinder (eingerechnet Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett), die Zubereitung der Nahrung, die Reinigung der Wohnung, Wäschewaschen usw. aufzukommen und sehr oft auch einen Teil des Gelderwerbes zu besorgen.

Daß bei einer derartigen Überlastung keine Frau ihren Aufgaben auch nur zum kleinen Teil gerecht werden kann, ist klar. Hier wäre nun die Aufgabe zu lösen, ob nicht durch ein Zentralisieren bestimmter Funktionen eine weitgehende Besserung erzielt werden könnte.

Die Konsumvereine haben sich für die Lebensmittelversorgung der Bevölkerung bestens bewährt. Wie wäre es, wenn die Konsumvereine für einzelne Mieter- bzw. Einwohnergruppen Küchen gründeten? Das speziell geschulte Personal wäre von den Hoch- bzw. Mittel- und Fortbildungsschulen zu nehmen. Die Vorteile solcher Küchen sind folgende: Ersparung von Brennmaterial und

Küchengeschirr durch Zentralisation und niedrigere Gestehungskosten. Freiwerden von Räumen in den Wohnungen, nämlich die früheren Einzelküchen. Verminderung von üblen Gerüchen in den Wohnungen. Der einzelnen Familienmutter wird eine schwere Arbeit abgenommen, so daß sie sich mehr den Kindern und der Reinhaltung und freundlichen Ausstattung ihrer Wohnung widmen kann. Der Einwand, daß in einer größeren Küche nicht so schmackhaft gekocht werden kann, ist hinfällig, wenn man bedenkt, daß die überbürdete Frau vorher überhaupt nicht in der Lage war, sich mit der Zubereitung der Speisen mehr als nur ganz oberflächlich zu befassen. Eines wird man im Auge behalten müssen: Nämlich die Gesellschaftsküchen nicht zu groß anzulegen, damit die erschwerte Zuführung der Speisen in die Wohnungen nicht den Erfolg beeinträchtige, denn man kann nicht gut verlangen, daß eine Familie mit Kindern außerhalb der Wohnung esse. Kleine Herde zum Wärmen von Wasser und Speisen (auch zum Gebrauch für die Säuglingspflege) sind in den Einzelwohnungen nach wie vor unerläßlich. Es gehört sicher Mut dazu, die Fragen, von welchen hier nur eine erwähnt ist, anzugehen. Es gehört auch viel Verantwortungsgefühl und Umsicht dazu, bei derartigen Unternehmungen nicht unnütze Fehler zu machen und aus gemachten Fehlern — unter Verzicht auf jede persönliche Eitelkeit — die notwendigen Schlüsse zu ziehen.

Die Fragen sind gewaltig, schon deshalb, weil ein großer Teil bester Volkskraft durch eine unverhältnismäßige Überlastung gedrosselt wird; die Fragen sind sehr groß und so schwer, daß man ihnen bis jetzt überall höflich aus dem Weg gegangen ist. Man darf sich dadurch nicht abschrecken lassen. Das Problem ist anfaßbar und wird, wenn auch unter großen Schwierigkeiten, zur Lösung kommen.

β) Säuglingsaufzucht: Die Wichtigkeit dieses Gebietes für die Hausfrau braucht nicht erst betont zu werden. Leider sind hier noch viele Fragen ungelöst und verschiedene Anschauungen und Schulen wollen die Säuglinge dogmatisieren. Mütter und Kinderärzte haben hier noch viele Fragen zu lösen.

γ) Pädagogik: Besonders die Behandlung des heranwachsenden Kindes außerhalb der Schule soll hier erörtert und gelehrt werden.

δ) Körperhygiene (einschl. der Hygiene der Schwangerschaft und des Wochenbettes).

ε) Krankenpflege: Einen Kranken pflegen ist nicht leicht, und sogar viele tüchtige Ärzte würden versagen, wenn man sie den

Pflegerdienst am Krankenbett machen ließe. Die praktische Krankenpflege sollte von den Studenten der Medizin ebenso gründlich gelernt werden wie von der Hochschülerin für Hauswirtschaft. Am Krankenbett würden sich dann der Arzt und die pflegende Frau viel besser verstehen und nicht so oft aneinander vorbeireden und vorbeihandeln. Die gemeinsame Schulung von Mediziner und Hauswirtschaftshochschülerin in bezug auf Krankenpflege würde sicher die Behandlung von Krankheiten rationeller, ökonomischer gestalten, den Verlauf mildern und sogar vielfach erheblich abkürzen, also sehr bedeutende Ersparnisse an Menschenkraft und Geldauslagen bringen. Wir werden bei Besprechung der hauswirtschaftlichen Mittel- und und elementaren Fortbildungsschulen dieselbe Forderung nach einer gründlichen Ausbildung in der Krankenpflege zu erheben haben; denn gerade die Minderbemittelten und Unbemittelten kommen oft in die Lage Kranke pflegen zu müssen und ärztliche Anordnungen verständnisvoll durchzuführen.

4. Hauswirtschaftliche Buchführung.

Die hauswirtschaftliche Buchführung wird sich in vieler Hinsicht ganz erheblich von der geschäftlichen Buchführung unterscheiden. Nicht nur die Geldeinnahmen und Geldausgaben müssen als solche gebucht werden, sondern auch das Verhältnis der Geldausgabe zum Nährwert des Lebensmittels oder zur Dauerhaftigkeit und Güte einer Anschaffung oder zum künstlerischen Wert (allerdings hängt der künstlerische Wert vielfach von der persönlichen Neigung ab) muß festgehalten werden. Die Zuweisung der Speisemengen an die verschiedenen Haushaltungsmitglieder zu verbuchen (Erwachsene, Wachsende, körperlich, geistig Arbeitende, gemischt Arbeitende) und das Gedeihen der Einzelnen wären womöglich zahlenmäßig festzuhalten (Standhöhe, Sitzhöhe, Gewicht, Hautfarbe, Schulerfolge, Erfolge bei körperlichen Übungen — das Wort „Sport" hat einen unangenehmen, unhygienischen Nebengeschmack, weil es auf „Rekordleistungen" hinweist, welche mit der gesunden Durchbildung eines Volkes gar nichts zu tun haben).

Praktische Systeme der hauswirtschaftlichen Buchführung, welche sicherlich im großen Haushalt anders zu handhaben ist als im kleinen, müssen erst unter Berücksichtigung aller Momente geschaffen werden, um dann den Mittelschulen und den elementaren Fortbildungsschulen die für sie und ihren Kreis praktischeste Form zu vermitteln.

V. Die Kunst im Hause.

Nur dann wird der Haushalt wirklich der Mittelpunkt des Familienlebens werden, wenn er nicht nur nach den Regeln der Vernunft, sondern auch mit Liebe und Kunst geleitet wird. Es ist sicher nicht richtig, daß der Kunstsinn eine rein angeborene Anlage ist. So viel Kunstsinn ist allen normalen Menschen angeboren, daß er sich durch systematische Ausbildung auf eine erfreuliche Höhe bringen läßt.

α) Mit ein und derselben Wohnungseinrichtung läßt sich eine unfreundliche Wohnung durch geeignetes Stellen freundlicher machen. Es gibt Regeln, nach welchen man sich bei der Aufstellung der Einrichtung helfen kann, um die Räume möglichst wohnlich und freundlich zu machen, ohne dabei die gesundheitlichen Forderungen außer acht zu lassen. Es kommt oft nur auf die Art der Gruppierung der Sessel, die Stellung eines Tischchens usw. oder auf irgendeine Anschaffung an. Hier sollen die Regeln der Innendekoration vom Einfachsten bis zum Vollendetsten studiert werden. Von hier soll die praktische, lebensfrohe Kunst durch Vermittlung der Mittel- und elementaren Fortbildungsschulen in das Volk getragen werden.

β) Ein wichtiges Kapitel der Hauskunst ist die Musik. Hier soll aber nicht etwa große Musik betrieben werden. Das ist Sache des Konservatoriums und der musikwissenschaftlichen Abteilung der philosophischen Fakultät, welche zu besuchen jedem freisteht. Hier sollen diejenigen Musikinstrumente gepflegt werden, welche als Begleitinstrumente für Lieder in Betracht kommen. Die meisten Stimmen lassen sich sicher so weit ausbilden, daß sie Lieder singen können. Der deutsche Liederschatz ist so reich, daß er für jeden Charakter genügend Auswahl bietet. Die Freude am Lied soll hier als Hausschatz gepflegt werden.

γ) Das Zeichnen nach der Natur soll auch hier seine Pflegestätte erhalten. Es wird auch praktisch (für Bekleidungs- und Dekorationsentwürfe) in Betracht kommen.

* * *

Das ist in großen Zügen der Umriß einer hauswirtschaftlichen Universitätsfakultät. Wenn auch jede Hörerin (resp. jeder Hörer) die einzelnen Fächer gründlich zu studieren hätte, so wird je nach Anlagen und Interesse der Hörerin die eine dieses, die andere jenes Fach bevorzugen und selbst im praktischen Leben darin weiterforschen oder aber die akademische Laufbahn für eines der Fächer wählen. Die Grenzen der Fakultät dürfen nicht eng gezogen sein. So könnte z. B. für eine(n) besonders hier-

für Interessierte(n) die Geographie der philosophischen Fakultät Anziehung haben und die (der) Betreffende sich besonders auf das Studium der hauswirtschaftlichen Formen in verschiedenen Ländern und bei verschiedenen Völkern konzentrieren. Auch die Geschichte der Hauswirtschaft wird im Rahmen der Kulturgeschichte ihren Platz beanspruchen.

Besonders wichtig scheint in vielen Fällen ein inniges Zusammenarbeiten der hauswirtschaftlichen Fakultät mit einer landwirtschaftlichen Hochschule. So z. B. für Frauen, die eine größere Hauswirtschaft am Lande übernehmen wollen, aber auch, um für die Mittel- und elementaren Fortbildungsschulen am Land ein geeignetes Ausbildungssystem zu schaffen, denn die Pionierarbeit leistet die Hochschule.

Auch in der Stadt gibt es Fälle, in welchen ein mit landwirtschaftlicher Ausbildung durchsetzter Bildungsgang gut zu brauchen wäre, z. B. für die Wirtschafterinnen in Spitälern, welche gewöhnlich wohl die Möglichkeit von Tier- und Pflanzenzucht haben, davon aber meist gar nichts verstehen.

Die Möglichkeiten, welche eine hauswirtschaftliche Fakultät allein und in Zusammenhang mit anderen Wissenszweigen bieten könnte, sind ungeheuer groß und heute gar nicht abzusehen.

B. Die Hauswirtschaftliche Mittelschule (höhere Lehranstalt).

Als Vorbildung wäre, wie für andere Mittelschulen, die absolvierte Volksschule zu verlangen. Das Ziel der hauswirtschaftlichen Mittelschule ist nicht reine Fachausbildung, sondern außer dieser ebenso sehr die allgemeine Bildung, weshalb sich der Bildungsgang an diesen Schulen anders als an anderen Fachschulen gestalten wird. Es soll hier auch die Frage der Heranziehung besserer Wege zur Erweckung des Interesses des Kindes am Lernen besprochen werden.

Eine Einteilung in Unter- und Oberklassen, wie sie an den Mittelschulen besteht, ist sicher zweckmäßig, da sich das Auffassungsvermögen vom 14. Lebensjahre im allgemeinen ganz anders gestaltet als vorher.

a) Unterklassen.

In den Unterklassen fällt von den Naturwissenschaften die Chemie und die Physik vollkommen weg, weil das Auffassungsvermögen hierfür noch zu gering ist.

1. Botanik: Die Systematik ist nur in ihren allgemeinen Gesichtspunkten zu behandeln. Hauptwert ist auf praktische Biologie zu legen. Bei jeder Mittelschule sollte ein ausreichend großes Gartenland sein, wo die Schülerinnen von Anfang an das Setzen, Pflegen und Verarbeiten von Nutzpflanzen lernen. Dabei soll auch die Flora der Umgebung berücksichtigt werden, so daß das Kind bei Ausflügen die Pflanzen seines Landes kennen lernt. Zur besseren Einprägung könnten auch sonst wild wachsende Pflanzen in eigenen, von den Nutzpflanzen weit entfernten Beeten (Unkrautgefahr!) in gefälliger Anordnung gezogen werden. Hierbei kann schon viel für die Lehre der Biologie (Bestäubung usw.) gewonnen werden. Die Kinder könnten schon an Beispielen lernen, wozu die Pflanze ihre Reservespeicher hat; daß z. B. die Kartoffeln in ihren Knollen Stärke für die nächste Keimung aufbewahren, und daß die Stärke nicht nur von der Pflanze, sondern auch von Tieren und Menschen als Nahrungsmittel aufgenommen wird. Daß die Pflanze ihr Nähr- und Baumaterial aus den einfachen Stoffen, welche in der Luft und im Boden vorhanden sind, aufbauen kann, alle Tiere mit Einschluß des Menschen aber nur das von den Pflanzen aufgebaute Material weiter für sich verarbeiten können, — dies könnte man jetzt schon betonen, ebenso daß auch die Fleischfresser indirekt von den Pflanzen leben, indem sie eben Pflanzenfresser verzehren. Man kann so, auf diese Art jetzt schon — auch ohne Unterricht in der Chemie, auf die Stellung der Pflanze im Haushalt der Natur hinweisen und auch den Kreis schließen, indem man darauf hinweist, daß die Pflanze Teile ihres Körpers aus den zerfallenden Tierleichen (und Menschen) aufzubauen imstande ist, während Tiere und mit ihnen der Mensch dies nicht imstande ist. Diese, für die Ernährung so wichtigen Tatsachen wären schon in den unteren Klassen lebensvoll darzustellen, damit bei den chemischen und physikalischen Erörterungen in den Oberklassen bereits ein Grundstock da ist. Wir werden bald, bei der Besprechung eines neu einzuführenden Lehrgegenstandes auf das Gesagte nochmals zurückkommen.

2. Zoologie: kann schon in den unteren Klassen systematischer behandelt werden. Dabei ist aber hier noch nicht das Hauptgewicht auf das Erlernen anatomischer Verhältnisse zu legen. Anatomisch sind nur die ganz großen Unterschiede der einzelnen Gruppen hervorzuheben. Das Hauptgewicht fällt auf das Leben der Tiere.

3. Der Film: Es soll schon an dieser Stelle ein neuer Lehr-

gegenstand, die kinematographische Darstellung, besprochen werden. Es ist eine traurige, aber unleugbare Tatsache, daß das Publikum den belehrenden Film zugunsten des Schundromanfilms abgelehnt hat. Diese Tatsache hat nun ihren Grund darin, daß der belehrende Film, so fesselnd er auch anfangs sein mag, schließlich rasch zur Ermüdung führt. Die Ermüdung tritt bei der Darstellung von zusammenhängenden Handlungen erst viel später ein. Für das kindliche Aufnahmsvermögen gilt dies in noch höherem Grade. Wenn man Länder mit ihren Menschen, Tieren, ihrer Flora usw. im Film vorführt, so wird dies ja sicher einen hohen Wert haben. Die Aufmerksamkeit des Kindes wird aber viel mehr gefesselt werden, wenn sich gleichzeitig eine Erzählung vor seinen Augen abspielt. Wenn sich die Filmaufnahmen in fremden Ländern für Schundromane rentieren, so werden sie sich für die Erziehung auch rentieren. Dieselben Eltern, die heute zum Schundroman gehen, werden sich gerne das, was die Kinder in der Schulstunde gesehen haben, am Abend ansehen. Eltern und Kinder hätten dann gemeinsame Reiseerlebnisse, die zu Hause einen anregenden Gesprächstoff bildeten. Ständig in den verschiedenen Teilen Europas, Amerikas, in Indien, Kleinasien, Persien, Sibirien, in den verschiedenen Teilen Afrikas oder Australiens arbeitende Filmgesellschaften hätten ein reiches und sicher rentables Arbeitsfeld.

Völkerkunde, Geographie, Zoologie, Botanik und alle übrigen naturwissenschaftlichen Zweige schließen sich so zu einem Ganzen zusammen, einem Ganzen, wie es auch das menschliche Leben ausmacht; denn wir sind nicht Botaniker, Physiker, Chemiker usw., sondern lebende Menschen, die nur einen Teil der Lebenserfahrungen, sei es als geistige, sei es als manuelle Arbeiter näher ins Auge fassen, als Menschen, im großen Weltgeschehen stehende Menschen.

Es wäre also außer dem Unterrichte in Botanik, Zoologie, und

4. Geographie (mit Kartenlesen, Oro-Hydrographie, Landesgrenzen, Städte-, Völker- und Rassenkunde) ein eigener Lehrgegenstand aufzunehmen, der zusammenfassend in Form von kinematographischen Vorführungen und in Erzählungsform diese Naturgegenstände behandelt.

5. Der Geschichtsunterricht wird in den unteren Klassen das Hauptgewicht darauf zu legen haben, daß das Kind die Begebenheiten aus früherer Zeit erlebt. Es wäre zu erwägen, ob nicht die Form der historischen Erzählung die geeignetste wäre, so daß das Kind — und dasselbe gilt übrigens auch für die Oberstufe — die Begebenheiten einer früheren Zeit mit dem damaligen Leben, mit

den Alltagssorgen, dem Fühlen und Streben von Menschen in Zusammenhang bringt. Es wäre zu erwägen, ob nicht historische Erzählungen, von guten Bühnenschauspielern dargestellt, den Kindern im Film vorzuführen wären. Jeder macht sich irgendein Bild von früheren Zeiten aus den Daten, die er hört. Sicher macht sich niemand, auch der Historiker nicht, ein absolut richtiges Bild, es würde aber sicher das Verständnis für geschichtliche Vorgänge sehr fördern, wenn die Kinder — und auch die Erwachsenen — Erzählungen aus früherer Zeit im Film- oder auf der Bühne sehen und so miterleben könnten. Die Darbietungen stünden unter der wissenschaftlichen Leitung von Historikern und müßten beste Kunst bieten. Auch würde der große Kulturwert, den uns der wissenschaftlich und künstlerisch gebildete Schauspieler bietet, nicht mehr so vergänglicher Natur sein.

Es ist uns wohl bewußt, daß das eben Gesagte, so bestechend es auch sein mag, keineswegs leicht durchzuführen ist. Sowohl der naturwissenschaftliche als auch der geschichtliche Unterricht durch den Film müssen in ein festes, wohldurchdachtes System gefaßt werden. Bei der Verantwortung, die die Auswahl und Redaktion der entsprechenden Erzählungen den Forschern, Lehrern und Darstellern auferlegt, wird oft ein verhältnismäßig einfacher Stoff große Schwierigkeiten bieten.

Was das Sachliche anbelangt, wird man wohl manchmal um die Einstellung von Gestalten, die gar nicht existierten nicht herumkommen, wenn man das Leben älterer Zeiten wirklich lebensvoll darstellen will. Wir glauben nicht, daß jemand etwa Georg Ebers für seine Romane zum „Geschichtsfälscher" stempeln wird. Jeder aber, der sie liest, durchlebt ein Stück alter Zeit. Dasselbe gilt z. B. für Scheffels Ekkehard.

6. Der Sprachunterricht sollte sich in den unteren Klassen auf die deutsche Sprache beschränken. Es ist sicher nicht richtig, daß das Kind leichter fremde Sprachen erlernt als der Erwachsene. Das gilt wohl für Fälle, in welchen ein Kind in eine vollkommen fremdsprachige Umgebung versetzt wurde, nicht aber für den Schulunterricht, welcher niemals die ständige fremdsprachige Umgebung ersetzen kann und auch nicht soll. Wohl ist aber die deutsche Sprache zu pflegen. Die, wenn auch schwierige Grammatik wird sich nicht umgehen lassen. Die Literatur sollte auf der Unterstufe mehr das deutsche Märchen pflegen. Übrigens würde es sicher gut sein auch gute Erzählungen aus der fremdsprachigen

Literatur heranzuziehen, z. B. eine gute Übersetzung des Dschungelbuches von Kipling.

In der Unterstufe wäre bereits

7. praktisches Kochen zu lehren, so daß Mädchen mit 14 Jahren bereits einen abwechslungsreichen, wenn auch einfachen Speisezettel herstellen können. Der Unterricht im Kochen hätte jetzt schon unter weitester Berücksichtigung von Maß und Gewicht zu erfolgen.

Ein weiterer Lehrgegenstand wäre die

8. Schneiderei und weibliches Handarbeiten, wobei die auf der Hochschule ausgearbeiteten Prinzipien Anwendung finden müssen.

9. Außerdem wäre die Hauskunst schon in der Unterstufe zu pflegen, vornehmlich Lieder und Begleitinstrumente, aber auch schon Wohnungskunst mit Selbstanfertigung von Modellen, wobei Geschmack und Geschicklichkeit ausgebildet werden.

10. Die Mathematik wäre so zu verteilen, daß in Unter- und Oberstufe zusammen der Stoff des Gymnasiums ohne die analytische Geometrie und ohne die Anfangsgründe der Infinitesimalrechnung durchzuarbeiten wäre.

Wir wollen die Gegenstände der Unterstufe kurz wiederholen:

1. Botanik, 2. Zoologie, 3. Geographie (mit Völkerkunde), 4. Naturwissenschaftlicher Film, 5. Geschichte, 6. Geschichtsfilm, 7. Deutsche Sprache, 8. Kochen, 9. Schneiderei, 10. Hauskunst, 11. Mathematik.

b) Oberstufe.

Die Lehrgegenstände der Oberstufe wären: 1. Die Lehre vom Bau und den Organfunktionen der Wirbeltiere einschließlich des Menschen.

Die einzelnen Organe, ihr (makroskopischer) Bau und ihre Lage zueinander wären durch Zerlegung von Wirbeltieren zu lernen. Die Schülerinnen müßten das Öffnen und Zerlegen von Tieren (Fische, Geflügel, Schafe, Ziegen, Kaninchen usw.) unter Leitung selbst vornehmen. Im Anschlusse daran wäre die Funktion aller Organe, ihre Lebenswichtigkeit, ihre Lage und gegenseitige Beeinflussung zu besprechen. Besonderes Augenmerk wäre auch auf das Erkennen krankhafter Erscheinungen zu legen. Zu diesem Zweck wären Besuche in den Schlachthäusern angezeigt. Auch die entsprechenden Organe des Menschen, ihr Unterschied in Lage und etwa Funktion

wäre zu besprechen und auf die verbreitetsten Krankheiten und deren Prophylaxe und Bekämpfung hinzuweisen. Bei der Zerlegung von Tieren müßte auf die Bedürfnisse der Küche besonders Rücksicht genommen werden. Die zerlegten Tiere wären, soweit als möglich, nachher küchengerecht zu verarbeiten — schon aus Ersparungsrücksichten, denn die Schülerinnen sollen überall rationell wirtschaften lernen.

2. Chemie: Hier ist wohl kein Gewicht darauf zu legen, daß die Schülerin selbständig Analysen oder etwa gar Synthesen durchführen kann. Es besteht die große Schwierigkeit, den jungen Schülerinnen die komplizierten Vorgänge im Körper und wie sie beim Kochen vor sich gehen, begreiflich zu machen, und ihnen zu zeigen, worauf es bei der Bestimmung des Kostmaßes und der Kostqualitäten unter den verschiedensten Verhältnissen ankommt, ohne sich vorher in die spezielle Eigenschaften der einzelnen Elemente des Langen und Breiten zu verlieren.

An der Hochschule kann und soll die Grundlage eine möglichst breite sein. Für die Mittelschule müssen wir mit dem noch jungen Auffassungsvermögen und einer strengen Zeiteinteilung rechnen.

3. Physik: wäre in ihren Teilgebieten (Mechanik, Hydrostatik, Magnetismus, Elektrizität usw.) so zu behandeln, daß überall die praktisthe Ausbildung im Auge bahalten wird, z. B.: Bei der Lehre von der Elektrizität wäre die elektrische Leitung des Schulgebäudes zu besprechen, die Sicherungen zu zeigen; es wäre die Auffindung des Ortes einer Störung zu zeigen und zu üben, sowie das Beheben der Schäden zu lehren, so daß die künftige Hausfrau im gegebenen Fall die Angaben des Elektrotechnikers nachprüfen kann und bei der Erstellung des Preises für Reparaturen denselben zu prüfen imstande ist. In dieser Art wäre in allen Gebieten der Physik auf die Hauswirtschaft Bedacht zu nehmen. Ein eigenes Lehrbuch der hauswirtschaftlichen Physik wäre ebenso erforderlich wie spezialhauswirtschaftliche Lehrbücher für die anderen Fächer.

4. Der Kochunterricht der Unterstufe würde hier eine ausgiebige praktische und theoretische Erweiterung erfahren müssen. Die Ergebnisse des Unterrichtes in Chemie und Physik wären hier nun praktisch für die Herstellung und Bemessung von Kost für verschiedene Lebenslagen und Bedürfnisse und für die Herstellung von Diätkost zu verwerten. Die Verteilung der Hauptnährstoffe wie Kohlehydrate, Fett, Eiweiß und der Mineralsubstanzen in den

Nahrungsmitteln wäre zu besprechen. Da es für den Ungeübten schwer, vielleicht unmöglich ist, sich vorzustellen, daß in diesem oder jenem Nahrungsmittel etwa 90—95 Proz. oder gar noch mehr Wasser enthalten ist, wäre einmal die Bestimmung des Wassergehaltes — etwa bei frischen Schwämmen — zu zeigen, nicht etwa, daß die Schülerin nutzlos ihre Zeit mit Wassergehaltsbestimmungen verbringt, sondern um durch solch ein Beispiel das Verständnis zu wecken.

5. Warenkunde: Die Beurteilung von Fleisch und sonstigen tierischen Organen ist schon bei 1. der Lehre vom Bau und von den Organen der Wirbeltiere besprochen worden. Hier wäre die Beurteilung pflanzlicher Küchenwaren, soweit dies nicht schon beim Kochunterricht geschehen ist, zu vervollständigen. Ferner ist hier die Beurteilung von Gespinsten und Geweben, fertiger Wäsche und Kleidung, von Leder und Schuhwerk zu besprechen. Auch wäre die Aufbewahrung von Kleidung, Decken usw. zu zeigen und zu üben und genau zu besprechen. Vielleicht könnte im Rahmen dieses Lehrgegenstandes der Kampf nicht nur gegen Kleiderschädlinge, sondern gegen Ungeziefer und Schädlinge aller Art besprochen werden.

6. Botanik in Fortsetzung des botanisches Unterrichtes der Unterstufe, aber systematischer und in praktischer gärtnerischer Betätigung.

7. Mineralogie.

8. Mathematik im angegebenen Ausmaße (siehe Unterstufe 10).

9. Hauswirtschaftliche Buchhaltung.

10. Wohnungshygiene: Hier sind die Mittel, welche an der Hochschule als die geeignetsten zur reinlichen und hygienischen Lebensführung erkannt wurden, praktisch zu lehren, immer Rücksicht darauf nehmend, daß es eine Hauptforderung ist, mit bescheidenen Mitteln das Bestmögliche zu leisten.

11. Hauskunst: wäre in Erweiterung der Unterstufe weiter zu pflegen.

12. Die deutsche Sprache und Literatur wären eingehend zu pflegen und reichlich zu lesen.

13. Von drei fremden Sprachen sollte der Schülerin die Wahl einer obligaten freistehen.

Im letzten Jahre:

14. Pädagogik: Die Erziehung der Kinder außerhalb der Schule ist für die Entwicklung der Völker von einschneidender Wichtigkeit.

15. Säuglingspflege.

16. Krankenpflege.

Die drei letzten Lehrgegenstände nehmen eine besondere Stellung ein. Pädagogik, Säuglings- und Krankenpflege sind Wissenszweige, welche schon eine gewisse, geistige Reife erfordern. Wenn diese Lehrgegenstände nicht nur zur Ausschmückung des Lehrplanes auf dem Papier stehen sollen, sondern auch ihrer hohen Wichtigkeit für die Fortentwicklung des Volkes entsprechend gelehrt und von der Schülerin aufgefaßt werden sollen, dann müssen sie auch demnach behandelt werden. Im andern Fall sind sie ein unnützer Ballast, der lieber wegbleibt.

Besonders Säuglings- und Krankenpflege kann nicht in Form von einzelnen Unterrichtsstunden gelehrt werden. Wohl muß eine ordentliche theoretische Grundlage für die praktische Erlernung gegeben werden, aber die praktische Säuglings- und Krankenpflege kann nur am Säugling und am Kranken selbst erlernt werden. Wie schon einmal erwähnt, wäre ja praktische Säuglings- und Krankenpflege ein Kapitel, das auch bei der Ausbildung des Mediziners mehr berücksichtigt werden könnte. Jedenfalls ist die erste Hauptbedingung einer rationellen Pflege die sachgemäße und verständnisvolle Durchführung der ärztlichen Anordnungen, ja, man kann ruhig sagen, daß ohne sachgemäße Pflege die ärztliche Behandlung meist zwecklos ist. Es ist leicht einzusehen, wieviel Kraft, Gesundheit und Geld geschont wird, wenn die Familienmutter im Ernstfall weiß, was sie zu tun hat. Jeder Arzt weiß die Hilfe einer verständigen Pflegerin gebührend zu schätzen.

Für Pädagogik, Säuglings- und Krankenpflege wäre das letzte Schuljahr allein zu verwenden. Die nun schon im 18. Lebensjahr stehende Schülerin wird hiermit auch in das verantwortungsvolle Leben eingeführt. In der ersten Hälfte des letzten Jahres wäre an irgendeinem Säuglingsheim (Findelanstalt usw.) die Pflege des gesunden und des kranken Säuglings zu lehren. Die Schülerin müßte hierbei praktischen Pflegedienst tun. Es würde damit auch sozial sehr viel geleistet werden, weil die Pflegerinnen nur eine kleine Anzahl von Säuglingen, vielleicht höchstens drei auf einmal zu pflegen hätten. Oft gedeihen in den Heimen Säuglinge nur des-

wegen nicht, weil die Pflegerinnen trotz besten Willens, bester Ausbildung und größter Opferfreudigkeit die riesenhafte Arbeit, wenn sie mehrere Kinder pflegen sollen, einfach nicht bewältigen können. Ein einziger Säugling nimmt die Arbeitskraft eines Menschen schon ganz gewaltig in Anspruch.

Im zweiten Halbjahr träte die Schülerin an das Krankenbett des Erwachsenen. Und zwar sollten vor allem größere Kinder (bis zu 14 Jahren) gepflegt werden, was ja gewöhnlich im selben Krankenhaus durchführbar sein wird. Es handelt sich beim Erlernen der Krankenpflege keineswegs darum, daß die Schülerin etwa Diagnosen stellen lernt oder auf möglichst viele Krankheiten dressiert wird. Das würde bei der immerhin kurzen Zeit zu einer Stümperei führen, die dann lieber ganz unterbleibt. Die Schülerin soll lernen, worauf es bei der Krankenpflege ankommt, sie soll lernen, wie man einen Kranken kräftig und dabei doch zart und rücksichtsvoll angreift und ihn leitet. Sie soll auch lernen, dort mit einfachen Mitteln auskommen, wo größere Behelfe nicht zur Verfügung stehen.

Schließlich sollten die Schülerinnen an geschlechtskranken Frauen auch Geschlechtskrankheiten kennen lernen, sie sollen nicht nur die ersten Stadien, sondern auch die späten Folgen gesehen haben. Sie werden sehr bald einsehen, daß nicht nur die Frauen meist schwerer darunter zu leiden haben, sondern — bis jetzt wenigstens — in dieser Beziehung vollkommen ungeschützt sind. Es werden sich dann unter den Frauen viel bessere, weil viel mehr interessierte Anwälte für einen ausgiebigen gesetzlichen Schutz der Frauen und zielbewußte Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten finden. —

Diese letzte Forderung, der Abiturientin der Mittelschule auch Geschlechtskrankheiten vorzuführen, wird ja sicher auf viele Schwierigkeiten stoßen. Denn die Durchführung solcher Demonstrationen ist nicht leicht und erfordert viel Überlegung und Takt.

Die theoretische und praktische Pädagogik hätte an den leichtkranken und rekonvaleszenten Kindern des Spitals während des zweiten Halbjahres ein geeignetes Objekt.

Wir haben hier in allgemeinen Umrissen den Plan einer hauswirtschaftlichen Mittelschule entwickelt, die für sich allein der Absolventin eine abgeschlossene Ausbildung geben könnte und deren Abgangszeugnis zugleich der Befähigungsnachweis sein sollte, daß die Absolventin die Ausbildung für die Bekleidung entsprechender öffentlicher sowie privater hauswirtschaftlicher Stellen besitzt. Das

in das Leben tretende Mädchen wird genügend Gelegenheit haben, sich selbst in ihrem ureigensten weiblichen Berufe zu erhalten und braucht nicht davon abhängig zu sein, ob sich „ein Mann findet oder nicht“, andererseits braucht es sich nicht in Berufe zu drängen, welche der Frau nicht zusagen und denen sie ebensowenig gewachsen ist wie im allgemeinen der Mann den typisch weiblichen Beschäftigungen. Die Zahl der Eheschließungen wird aber dadurch sicher nur wachsen und die gegenseitige Wahl wird aus viel persönlicheren Gründen erfolgen als dies heute oft der Fall ist. Mann und Frau — jeder auf seinem Gebiet — ist dann dem anderen ebenbürtig und da das Leben nicht für Mann und Frau getrennt ist, sondern beider Streben, Empfinden und Erkennen aus einer und derselben Quelle stammt, werden sich beide verstehen. Wenn die Frau auch nach Eingehen der Ehe nicht „Geld verdient“, sondern ihre ganze Kraft und ihr Können für den Aufbau und Ausbau ihrer eigenen Wirtschaft verwendet, so wird sie gerade dadurch dem Manne das Geld, das er verdient, doppelt und dreifach verdienen, weil das Geld erstens rationell verwendet und zweitens weil es für ein schönes und frohes Heim verwendet wird. Eine gründliche Vorbildung der Frau vor Eingehen einer Ehe ist Grundbedingung für die Erholung von den tiefen moralischen und wirtschaftlichen Wunden, die uns der Weltkrieg geschlagen hat.

c) Die hauswirtschaftliche Volksbildung.

Was wir bisher erörtert haben, ist: Erstens die Sichtung und das Durcharbeiten unserer naturwissenschaftlichen Kenntnisse und unseres Kunstschatzes und die Einstellung auf die Bedürfnisse des Hauswesens, wozu besondere hauswirtschaftliche Fakultäten im Rahmen von Hochschulen notwendig sind,

zweitens: das hauswirtschaftliche Mittelschulwesen.

Soll nun die hauswirtschaftliche Wissenschaft ein tatsächlicher Kulturfaktor sein, so muß sie ein selbstverständlicher Bestandteil des Volkswissens werden.

Hochschule und Mittelschule stehen — wie die Gesellschaftsordnung heute nun einmal ist — vorwiegend den bemittelten Klassen zur Verfügung und selbst hochwertiges Geistesmaterial muß oft, zum Schaden des Staates, in den drückendsten Nahrungssorgen ersticken. Leider sind wir von der Lösung des Arbeits- und Ernährungsproblems noch sehr weit entfernt. Die durchschnittlichen Einzelindividuen wären meist auch reif genug zum ernsten

Erfassen dieser Fragen, doch ist der gesellschaftliche Zusammenschluß zu Staaten verhältnismäßig so jungen Datums, daß die großen Gesellschaften (Staaten, Völker usw.) kulturell weit hinter ihren einzelnen Mitgliedern stehen, so paradox dies klingen mag. Wir müssen mit dem entwicklungsgeschichtlichen Stand unserer Gesellschaft rechnen.[1])

Die Minder- und Unbemittelten müssen sich jede Stunde für ihre Weiterbildung erkämpfen und darin liegt die Schwierigkeit, Wissen in das Volk zu tragen. Man hört auch öfters den Einwand, daß eine Erhöhung der geistigen Ausbildung des Volksdurchschnittes, dessen körperliche Leistungsfähigkeit und vor allem den Willen zur körperlichen Arbeit herabsetzt. Derartige Argumente mußte sich schon einer der größten Sozialreformer, Kaiser Josef II., immer wieder sagen lassen. Das Schulwesen hat aber dem Volke nicht geschadet und der Arbeiter mit guter Schulbildung ist bekanntlich dem ungebildeten Arbeiter an Leistungsfähigkeit weit überlegen.

Wie nun die hauswirtschaftlichen Erkenntnisse den Frauen — auch der breiten Volksschichten — vermitteln?

Man wird hier mehrere Wege zu gehen haben und all diese Wege werden sich den verschiedenen Lebensbedingungen anzupassen haben.

Hausgehilfinnen (Dienstmädchen), welche bei Frauen, die eine höhere Hauswirtschaftsschule oder die Fakultät absolviert haben, in Stellung sind, können sich bei diesen Frauen ausbilden. Da nun aber nicht alle Absolventinnen auch die Gabe haben das Gelernte zu lehren, so müßten Abendkurse errichtet werden, wo die Hausgehilfinnen das, was sie in ihrem Dienst praktisch lernen und sehen, zusammenfassend erklärt bekommen. Eine dankenswerte, aber sicher nicht einfache Aufgabe wird es auch sein, Lehrbücher für die Hausgehilfinnen zu verfassen.

Nach einer Lehrzeit von 3—4 Jahren soll die Hausgehilfin das Recht haben, sich einer Prüfung zu unterziehen. Die Prüfungskommissionen sollten den Hausgehilfinnen, welche die Prüfung bestanden haben, ein staatsgültiges Zeugnis hierüber ausstellen. Geprüfte Hausgehilfinnen wären dann sicher für übergeordnete Stellen in größeren Hauswesen, Meiereien oder Gastwirtschaften gut verwendbar. Es sollte Prüfungen für verschiedene Stufen geben, so

---

[1]) Dieser Gedanke stammt aus einer Buchrezension in der D. M. W., die ich nicht mehr auffinden konnte.

daß strebsame Hausgehilfinnen nach weiteren Jahren die Prüfung für eine höhere Stufe ablegen könnten. Der heute zukunftslose Stand des Dienstmädchens würde Ziele bieten und eine gut ausgebildete Hausgehilfin wird sicher eine bedeutend bessere Ehefrau werden, als ein Mädchen, das im Vertranen auf sein Geld auf eine Heirat wartet.

Ein zweiter Weg ist folgender: Ähnlich den Konsumvereinen bilden sich Genossenschaften, welche Junggesellenheime gründen und Gastwirtschaften betreiben. Die Ledigenheime sollten mehr sein als bloße Unterkünfte für Unverheiratete. Die Wohnräume sollen geschmackvoll und freundlich aussehen und es ist Sache der Leiterin und ihrer Gehilfinnen, mit den zu Gebote stehenden Mitteln das Beste für die Wohnlichkeit des Heimes zu leisten. Es wird eine anziehende, wenn auch nicht ganz leichte Aufgabe sein, für die Bewohner das Heim in den Mittelpunkt des Interesses zu rücken. Gesellige Veranstaltungen mit Musik und Tanz, ferner Leseräume, und falls berufliche Gruppen eigene Ledigenheime gründen, auch Fortbildungskurse, in denen sich der Strebsame für seinen Beruf weiter vervollkommnen kann, — dies alles würde das Heim zu einem lieben Mittelpunkt machen. Für solche, welche später heiraten und einen eigenen Hausstand gründen, wird das Heim stets offen stehen, sei es, daß sie mit ihren Frauen zu geselligen Veranstaltungen kommen, sei es, daß sie an den Fortbildungskursen teilnehmen. Wenn Gehilfinnen vom Heim austreten, um zu heiraten, wird ihnen die Heimleiterin stets in hauswirtschaftlichen Fragen zur Seite stehen und sie werden sich auch in hauswirtschaftlichen Fortbildungskursen stets im Heim weiterbilden und über die neuen Fortschritte im Hauswirtschaftswesen orientieren können. Als Heimleiterinnen kämen in Betracht: 1. Absolventinnen der Hauswirtschaftlichen Hochschulfakultät, 2. Absolvierte Hauswirtschaftsmittelschülerinnen, 3. Ehemalige Hausgehilfinnen, welche durch ihre Prüfungen die Reife und Fähigkeiten der absolvierten Hauswirtschaftsmittelschule bewiesen haben.

Viele Leser und Leserinnen werden über den letzten Punkt den Kopf schütteln und ernstliche Bedenken hegen. Es ist sicher richtig, daß das Material, aus dem sich heute die Hausgehilfinnen zusammensetzen, nicht entsprechend ist. Das hat aber seinen guten Grund. Der Beruf der Hausgehilfin ist heute ohne jede Aussicht und Zuknnft. Die Hausgehilfin kann noch so tüchtig sein, so wird sie bestenfalls einen größeren Monatslohn bekommen, aber sie bleibt doch die untergeordnete Hausgehilfin, der niemand den Weg

weist zu einer befriedigenderen Lebensstellung. Dabei muß sie manches Mal sehen, daß die Frau des Hauses selbst nichts von den Arbeiten, welche sie befiehlt, versteht, oft auch gar nicht den Willen hat, sie zu lernen.

Wenn Dienstmädchen einmal eine Zukunft vor sich hätten, dann würden sie, wie die anderen Berufsgruppen auch, einen beträchtlichen Prozentsatz hochwertigen Materials stellen, und es wird in den sogenannten besseren Kreisen immer häufiger vorkommen, daß einstmalige Hausgehilfinnen als Ehefrauen in dieselben eintreten. Man wird über den Beruf der Hausgehilfin nicht mehr die Nase rümpfen können. Damit wäre wieder ein Stück sozialer Arbeit getan. Ein Beruf, der bis jetzt völlig aussichts- und zukunftslos gewesen ist, wäre zu einem hochbewerteten geworden.

Ebensowenig wie der Arbeiter mit guter Schulbildung körperliche Arbeit verweigert — was seinerzeit gegen die Durchführung der allgemeinen Schulbildung ins Treffen geführt wurde —, ebensowenig würde die Hausgehilfin, welche sich in ihrem Berufe ausbilden will, irgendwelche Arbeit scheuen. Im Gegenteil, sie würde mit weit mehr Lust und Liebe bei der Sache sein, weil sie ja ein Ziel vor sich hätte. Daß nun Eine einmal voll Eigendünkel sein könnte, wäre ja möglich, aber dies kommt auch heute gar nicht selten vor, obwohl gar kein Grund dazu da ist. Es ist derselbe Dünkel, dieselbe Eigenschaft, mit der auch sonst Menschen sogar in hoher Stellung ihre Unfähigkeit zu verdecken suchen.

Den Ledigenheimen angeschlossen wären Küchen und Speiseräume zu führen. Die Speiseräume müßten auch freundlich eingerichtet sein und viele Bewohner des Heimes würden ohne viel Aufsehen einfach nur durch das Beispiel anderer lernen, ungezwungen in Gesellschaft zu essen und eine angeregte Unterhaltung so zu führen, daß durch Ton und Gesten Nachbarn nicht gestört würden. Man möge hierüber nicht gering denken. Viele Arbeiter von hoher Intelligenz, deren Rat und Ansichten viel mehr als nur im Kreis der engsten Fachgenossen gehört werden sollte, bewegen sich nur deswegen nicht in anderen als Arbeiterkreisen, weil sie sich durch die Tischsitten der sogenannten höheren Gesellschaftsschichten, die ihnen nicht geläufig sind, behindert fühlen. Diese Sitten sind aber meistens nicht nur bloße Gewohnheiten, sondern zweckmäßig und ihre Einführung in Arbeiterkreise könnte nur förderlich sein. Natürlich sind **nicht** die Trinksitten gemeint.

In unserer Zeit ist der Sinn für die Erfordernisse einer kulturellen Weiterentwicklung vielfach verloren gegangen.

Europa steht vollkommen unter dem Einflusse gewissenloser Demagogen, die Kulturarbeit nur so weit würdigen, als sie zugleich ihren rein persönlichen Zwecken dienen. Ernste Arbeit, deren Früchte vielleicht spät reifen, ist ihnen lächerlicher Ballast. All das Säbelrasseln und wüste Schreien und Schimpfen, um Tatsachen zu fälschen und um den Nachbarn möglichst viel wegnehmen zu dürfen, all die Niedertracht, welche hervorgebracht wird, um die Massen nicht zur Besinnung kommen zu lassen, all dies wird vielleicht den gesetzmäßigen Ablauf der Kulturentwicklung verzögern, aber sicher nicht völlig hindern.

Verzeichnis der eingesandten Druckschriften.

A. Amtliche statistische Quellenwerke.

International.

Völkerbund. Hygiene-Sektion, Genf.

Epidemiological Intelligence Nr. 5. Epidemics in Russia since 1914. Report to the Health Committee of the League of Nations by Prof. L. Tarassevitsch (Moscow) Part. II. Genf 1922. 55 S. Text und 12 S. Tabellen und Karten.

Rapport épidémiologique mensuel. — Monthly Epidemiological Report. Août-Décembre 1923. S. 1—232.

Rapport épidémiologique spécial. — Special Epidemiological Report. Nr. 55, 56. Je 6 S.

Renseignements épidémiologiques Nr. 7. Statistique des maladies à déclaration obligatoire dans les pays européens 1922. Genf 1923. 121 S.

The Prevalence of Epidemic Disease and Port Health Organisation and Procedure in the Far East. Report presented to the Health Committee of the League of Nations by F. Norman White. Genf 1923. 179 S.

Rapport de la Commission chargée de procéder à une enquête sur les dispositions internationales rélatives à la prévention des maladies épidémiques dans certains régions du Proche-Orient (bassins de la Méditerrannée et de la Mer Noire) et à propros du pèlerinage de La Mecque. Genf 1923. 82 S.

Office permanent de l'Institut International de Statistique, La Haye.

Aperçu annuel de la démographie des divers pays du monde. 1re Année: 1922. I. Superficie et population. II. Mouvement de la population. La Haye 1923. Société Anonyme Ancienne Librairie W. P. van Stockum & fils. 96 S. Preis 2,— holländ. Gulden.

Dänemark.

Aarsberetning angaaende sundhedstilstanden i Koebenhavn for 1922. Af J. P. Chrom, Stadslaege. (Jahresbericht über den Gesundheitszustand in Kopenhagen.) Kopenhagen 1923. 75 S. und 5 Tabellen.

Deutsches Reich.

Statistisches Reichsamt, Berlin.

Statistik des Deutschen Reichs, Band 298. Die Krankenversicherung in den Jahren 1916, 1917, 1918 und 1919. Berlin 1922. Puttkammer & Mühlbrecht. 15 S. Text und 65 S. Tabellen.

Deutschlands Wirtschaftslage unter den Nachwirkungen des Weltkrieges. Berlin 1923. Zentralverlag G. m b. H. 60 S.

Baden.

Badisches Statistisches Landesamt, Karlsruhe.

Statistische Mitteilungen über das Land Baden. Band XII. Nr. 2. 1923.

Aus dem Inhalt: Krieg und Geisteskrankheit in Baden.

Hessen.

Mitteilungen der Hessischen Zentralstelle für die Landesstatistik. Jahrg. 1923. Nr. 1 und 2.

Aus dem Inhalt: Todesfälle nebst Todesursachen Juli bis Oktober 1922. — Ehescheidungen 1912 bis 1921. — Heilanstaltsstatistik 1921. — Todesfälle nebst Todesursachen November bis Dezember 1922. — Die in Hessen gestorbenen feindlichen Kriegsgefangenen 1914 bis 1919. — Wetterbeobachtungen in Hessen 1922.

Stadt Berlin.

Vierteljahrsberichte des Statistischen Amts der Stadt Berlin. 1. Jahrgang 1922. 3 Hefte. 24, bzw. 26, bzw. 22 S.

Desgleichen 2. Jahrgang 1923. 1. Heft 28 S.

England.

Registrar-General for England and Wales, London.

The Registrar-General's Statistical Review of England and Wales for the Year 1921. (New Annual Series Nr. 1.) Tables, Part I. Medical. London 1923. His Majesty's Stationery Office. VIII und 482 S. Preis 15 s.

Desgleichen: Tables, Part II. Civil. IV und 130 S. Preis 5 s.

Desgleichen: Text, Part III. VI und 121 S. Preis 5 s.

Supplement to the Seventy-fifth Annual Report of the Registrar-General for England and Wales. Part IV. Mortality of Men in Certain Occupations in the Three Years 1910, 1911 and 1912. London (ohne Jahreszahl). His Majesty's Stationery Office. XXIV und 100 S. Preis 13 s 6 d.

The Registrar-General's Statistical Review of England and Wales, for the Year 1922. (New Annual Series Nr. 2.) Tables, Part I. Medical. London 1923. VI und 492 S. Preis 15 s.

Desgleichen: Tables, Part II. Civil. London 1924. IV und 124 S.

Finnland.

Helsingfors stads statistika Kontor.

Hälso- och sjukvård. 1918—20. Senare delen. (Gesundheits- und Sanitätswesen 1918—20. Zweiter Band.) Helsingfors 1923. 76 S. Text und 234 S. Tabellen nebst 2 Karten. Preis 30 finn. Mark.

Japan.

Cabinet Impérial. Direction de la Statistique Générale, Tokio.

Résumée statistique de l'Empire du Japon. 37e année. Tokio 1923. IX und 181 S. nebst 3 graphischen Tafeln.

Résumé statistique de Mouvement de la population de l'Empire du Japon pendant l'an 1920. Tokio 1923. 145 S. Tabellen.

Desgleichen 1921. Tokio 1923. 145 S. Tabellen.

Niederlande.

Centraal Bureau voor de Statistiek, 's-Gravenhage.

Statistiek van Nederland. Nr. 362. Statistiek van de sterfte naar den leeftijd en de oorzaken van den dood over het jaar 1921. 's-Gravenhage 1922. Gebr. Belinfante. LV S. Text und 161 S. Tabellen. Preis f 2,50.

Jaarcijfers voor het Koninkrijk der Nederlanden. Rijk in Europa. 1921. 's-Gravenhage 1923. LII und 329 S. Preis f 2,—.

Desgleichen: Koloniën. 1921. 's-Gravenhage 1923. XXVIII und 164 S.

Bureau van Statistiek der gemeente Amsterdam.

Statistisch Jaarboek der gemeente Amsterdam. 17de jaargang 1920—1921. — Annuaire Statistique de la ville d'Amsterdam. Amsterdam 1923. Johannes Müller. XL und 376 S. nebst 3 graphischen Tafeln. Preis f 4,—.

Statistiek der Bevolking van Amsterdam tot 1921. — Statistique démographique de la ville d'Amsterdam jusqu'à l'année 1921. (Nr. 67 der Mededeelingen van het Gemeentelijk Bureau van Statistiek.) Amsterdam 1923. Johannes Müller. XIX und 283 S.

Österreich.

Bundesamt für Statistik, Wien.

Beiträge zur Statistik der Republik Osterreich. Heft 8: Die Bewegung der Bevölkerung in den Jahren 1914 bis 1921. Wien 1923. Verlag der Österr. Staatsdruckerei. 42 S. Text und 139 S. Tabellen.

Heft 12: Vorläufige Ergebnisse der Volkszählung vom 7. März 1923. Wien 1923. 31 S. nebst einer Karte der Bundesländer und der Bezirke Österreichs.

Polen.

Statistisches Zentralamt der Polnischen Republik, Warschau.

Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. Rok wydania I, 1920/22. Cześć II. — Annuaire statistique de la République Polonaise. I-ère année 1920/22. Partie II. Warschau 1923. XX und 375 S.

Schweden.

Kungl. Statistiska Centralbyrån, Stockholm.

Statistisk Årsbok för Sverige. Tionde årgången 1923. — Annuaire Statistique de la Suède. 10e année 1923. Stockholm 1923. X und 298 S.

Folkmängden inom administrativa områden den 31 december 1922. (Die Bevölkerungszahl in den Verwaltungsgebieten am 31. Dezember 1922.) Stockholm 1923. 40 S.

Ut- och invandring. År 1922. (Aus- und Einwanderung 1922.) Stockholm 1923. 34 S.

Dödsorsaker år 1918. (Todesursachen.) Stockholm 1923. 50 S.

Folkräkningen den 31 december 1920. I: Areal och folkmängd för särskilda förvaltningsområden, folkmängdens fördelning efter hushåll. (Volkszählung 1920. I: Gebiet und Bevölkerung der einzelnen Verwaltungsgebiete, Verteilung der Bevölkerung nach Haushaltungen.) Stockholm 1923. 240 S.

Stadens statistiska kontor, Stockholm.

Stockholms stads statistik. III. Hälso- och sjukvård. (Gesundheits- und Sanitätswesen.) Berättelse från Stockholms stads hälso-

vårdsnämd jämte översikt av stadens sanitära statistik år 1921. (Bericht des städtischen Gesundheitsamts nebst Übersicht über die Sanitätsstatistik für das Jahr 1921.) Årgång XLIV. Ny följd 17. Stockholm 1922. X, 43 S. Text und 63 S. Tabellen.

Statistisk Årsbok för Stockholms stad 1922. Årgång LIII. Ny följd 17. Stockholm 1922. XVI und 200 S.

Schweiz.

Eidgenössisches Statistisches Bureau, Bern.

Statistisches Jahrbuch der Schweiz. 31. Jahrg. 1922. Bern 1923. Kommissionsverlag A. Franke A.-G. VIII und 430 S. Preis Fr. 4,—.

Schweizerische Statistische Mitteilungen. V. Jahrg. 1923.

1. Heft: Die Todesursachen in den Jahren 1911 bis 1920. 28 S. Preis Fr. 2,—.

2. Heft: Die Bewegung der Bevölkerung in der Schweiz im Jahre 1921. 37 S. Preis Fr. 2,50.

4. Heft: Ergebnisse der eidgenössischen Wohnungs-Enquête vom 1. Dezember 1920. XXXVIII und 187 S.

Eidgenössische Volkszählung vom 1. Dezember 1920. Kantonsweise Ergebnisse. In Kommission bei A. Franke A.-G., Bern.

Heft 2: Bern. Bern 1923. 292 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 3: Luzern. Bern 1923. 114 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 4: Uri, Schwyz, Unterwalden, Glarus, Zug. Bern 1923. 205 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 6: Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Landschaft. Bern 1923. 254 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 7: Schaffhausen, Thurgau. 175 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 8: Appenzell Außerrhoden, Appenzell Innerrhoden, St. Gallen. Bern 1923. 237 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 9: Graubünden. Bern 1923. 142 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 11: Ticino. Bern 1923. 129 S. Preis Fr. 3,—.

Heft 12: Vaud. Bern 1923. 243 S. Preis Fr. 3,—.

Statistisches Amt der Stadt Zürich.

Statistik der Stadt Zürich. Heft 30. Vieh- und Fleischpreise in Zürich 1911 bis 1922. Zürich 1922. Kommissionsverlag Rascher & Co. 27 S. Preis Fr. 1,50.

Statistisches Jahrbuch der Stadt Zürich. 14. und 15. Jahrgang 1918 und 1919. Zürich 1923. Kommissionsverlag von Rascher

& Co. XXIII und 371 S. Tabellen nebst zwei textlichen Darstellungen: Die Festsetzung von Höchstpreisen und andere behördliche Maßnahmen auf dem Gebiete der Lebensmittel- und Brennstoffversorgung während der Kriegs- und Nachkriegszeit. 40 S. — Die Krebssterblichkeit in der Stadt Zürich 1896 bis 1915. Von Dr. med. Max Bigler. 30 S. Preis Fr. 2,—.

B. Demographische Literatur.

Sammelwerke.

Winkler, W. (Wien), Die Bedeutung der Statistik der nationalen Minderheiten. (Schriften des Instituts für Statistik der Minderheitsvölker an der Universität Wien. Nr. 1.) Leipzig und Wien 1923. Franz Deuticke. 75 S. Grundpreis M. 2,—.

Elster, A. (Berlin), Sozialbiologie, Bevölkerungswissenschaft und Gesellschaftshygiene. 8. Band des Handbuchs der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Herausgegeben von Adolf Günther und Gerhard Keßler. Berlin und Leipzig 1923. Walter de Gruyter & Co. VIII und 483 S. Grundzahl 9.

Zimilow, N. A. und Kurkin, P. I. (Moskau), Побежденная Германия. (Das besiegte Deutschland.) Bearbeitet nach der vom Statistischen Reichsamt in Berlin herausgegebenen Denkschrift: Deutschlands Wirtschaftslage unter den Nachwirkungen des Weltkrieges. Beilage zu „Вестник Статистики“ 1923, Nr. 4—6. 76 S. Text und 8 S. Diagramme.

Dunkmann, K. (Berlin), Tabellen zur Akademischen Berufsstatistik. Berlin 1923. 19 S.

Metropolitan Life Insurance Company, New York. Statistical Bulletin. Volume III, 1922.

Natalität.

Unshelm, E., Geburtenbeschränkung und Sozialismus. Versuch einer Dogmengeschichte der sozialistischen Bevölkerungslehre. (Nr. 6 der Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik. Herausgegeben von Dr. Max Hirsch, Berlin.) Leipzig 1924. Verlag von Curt Kabitzsch. VI und 100 S. Preis Grundzahl 3,25.

Hecke, W. (Wien), Der Geburtenrückgang und seine Folgen. Mit einem Geleitwort von Dr. Michael Hainisch. (Veröffentlichungen des Volksgesundheitsamts im Bundesministerium für soziale

Verwaltung. Nr. XX.) Leipzig und Wien 1923. Franz Deuticke. 20 S. Grundpreis M. 1,20.

Muckermann, H. (Bonn), Um das Leben der Ungeborenen. Dritte Auflage. Berlin und Bonn 1923. Ferd. Dümmler. 78 S. Grundpreis M. 0,80.

Mortalität.

Dublin, Louis I. (New York), The Mortality of Early Infancy. An Adress delivered before the Thirteenth Annual Meeting of the American Child Hygiene Association, October 13, 1922. New York 1922. Metropolitan Life Insurance Company. 14 S.

Dublin, Louis, I. (New York), The Possibility of Extending Human Life. An Address delivered before the Harvey Society of New York, at the New York Academy of Medicine, December 16, 1922. New York 1922. Metropolitan Life Insurance Company. 24 S.

Труды коммиссии по обследованию санитарных последствий войны 1914—1920 ГГ. (Arbeiten der Kommission zur Untersuchung der sanitären Folgen des Krieges 1914—1920.) Unter Redaktion von M. M. Gran, P. I. Kurkin und P. A. Kuwschinnikow. I. Band. Herausgegeben von dem Volkskommissariat für Gesundheitswesen. Moskau 1923. Staatsverlag. 228 S.

Kisskalt, K. (Kiel), Die Sterblichkeit in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in den deutschen Städten. S.-A. aus der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten, Band 98, 1922. 21 S.

The Mortality Experience of Industrial Policyholders 1916—1920. A Contribution to the Public Health Movement in America by the Colonial Life Insurance Company of America, John Hancock Mutual Life Insurance Company, Life Insurance Company of Virginia, Metropolitan Life Insurance Company and Prudential Insurance Company of America. New York 1923. 150 S.

Heymann, B. und **Gaedertz, A.** (Berlin), Über Pockenhäufigkeit und Pockenschutz in außerdeutschen Kulturstaaten mit besonderer Berücksichtigung ihres Impfwesens. Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Band 98. Berlin 1922. 53 S.

Huntington, E., Causes of Geographical Variations in the Influenza Epidemic of 1918 in the Cities of the United States. Bulletin of the National Research Council, Vol. 6, Part 3, July, 1923, Number 34. Washington 1923. 36 S. Preis 0,75 Dollar.

Heymann, B. und **Freudenberg, K.** (Berlin), Die Tuberkulosesterblichkeit der Bergarbeiter im Ruhrgebiet vor, in und nach dem Kriege. S.-A. aus der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten. Band 101, Heft 3. Berlin 1923. J. Springer. 53 S.

Dublin, Louis, I. (New York), The Causes of the Recent Decline in Tuberculosis and the Outlook for the Future. An Adress delivered before the Nineteenth Annual Meeting of the National Tuberculosis Association, June 20, 1923. New York 1923. Metropolitan Life Insurance Company. 32 S.

Sewall, Henry, A Statistical Study of Tuberculosis Mortality in Colorado for the Thirteen Years 1908 to 1920. (Reprint and Circular Series of the National Research Council, nr. 47.) Reprint from „The American Review of Tuberculosis“, Volume VII, nr. 6, August, 1923. 34 S. Preis 50 cents.

Morbidität.

Haustein, H. (Berlin), Die Statistik der Syphilis. S.-A. aus dem Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Band X. Heft 4/5. 24 S.

Haustein, H. (Berlin), Statistik der Syphilis. S.-A. aus „Die Syphilis“. Kurzes Lehrbuch der gesamten Syphilis. Herausgegeben von E. Meirowsky und F. Pinkus. Berlin, Julius Springer. 34 S.

Pelc, Hynek J. (Prag), On the Venereal Diseases in the Czechoslovak Republic. Issued by the Ministry of Public Health and Physical Education, Division for Study and Reform of Health Activities. Prag 1923. The Printing, Publishing and Newspaperwriting Company, Limited. 205 S. mit 59 Tabellen und 40 Diagrammen.

Jaeger, H. (Zürich), Die Geschlechtskrankheiten in der Schweiz. Ergebnisse der von der Schweizerischen Vereinigung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durchgeführte Enquête (1. Oktober 1920 bis 30. September 1921.) Aus dem Französischen übertragen von Dr. O. Stiner, Bern. Bern 1923. Kommisionsverlag von Büchler & Co. 82 S. Text und 21 S. Tabellen nebst 1 Kartogramm.

Kagan, E. M. (Charkow), Рабочая медицинская статистика. (Medizinische Statistik der Arbeiter.) I. Band. Charkow 1923. 80 S.

C. Sozialhygienische Literatur.

Sammelwerke.

Grundriß der Sozialökonomik. II. Abteilung. I. Teil. Wirtschaft und Natur. Mit Beiträgen von H. Herkner, A. Hettner, R. Michels, P. Mombert, K. Oldenberg. Zweite, neubearbeitete Auflage. Tübingen 1923. J. C. B. Mohr. 309 S. Grundpreis geh. M. 11,—, geb. M. 15,—.

Praussnitz, W. (Graz), Grundzüge der Hygiene. Zwölfte verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 295 Abbildungen. München 1923. J. F. Lehmanns Verlag. Grundpreis geh. M. 14,—, geb. M. 17,—.

Archiv für Hygiene. 93. Band. Festschrift für Max von Gruber. München und Berlin 1923. Verlag von R. Oldenburg. 358 S. Grundpreis M. 12,—.

Öffentliche Gesundheitspflege.

Müller, Reiner (Köln), Die Hygiene im Bunde mit der Volks- und Weltwirtschaft. Kölner Universitäts-Reden Nr. 9. Köln 1923. Oskar Müller Verlag. 24 S. Grundpreis M. 0,60.

Möllers, B. (Berlin), Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche. Berlin und Wien 1923. Urban & Schwarzenberg. XXII und 713 S. Grundzahl 21.

Philipsborn, A. (Berlin), Das Reichssteuerrecht der freien Wohlfahrtspflege. Berlin 1923. Franz Vahlen. 102 S.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. XVIII. Band, 4. Heft.

Tesjakow, N. J. (Moskau), Das Kurortwesen in der Russischen Sozialistischen Räterepublik.

Brustein, S. (Petrograd), Über schwimmende Sanatorien. Berlin 1923. Richard Schoetz. 24 S.

Société Russe de la Croix-Rouge. L'activité du Comité Central de la Société Russe de la Croix-Rouge. Edition de la Commission de la Croix-Rouge Russe en Suisse. Bern 1922. 61 S.

Feigenbaum, Stefanie (Warschau), Die Tendenz zur Sozialisierung der ärztlichen Hilfe in Deutschland und Österreich. Volkswirtschaftliche Studien, Heft 7. Berlin 1923. Verlag von Emil Ebering. 112 S. Grundzahl M. 3,—.

Säuglingsfürsorge.

Bericht des Kaiserin Auguste Victoria Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und des Organisationsamtes für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Vom 1. April 1922 bis 31. März 1923. Verlag: Kaiserin Auguste Victoria Haus, Charlottenburg 5. 39 S.

Berufs- und Gewerbehygiene.

Lauber, H. (Wien), Handbuch der ärztlichen Berufsberatung. Berlin und Wien 1923. Urban & Schwarzenberg. XXIV und 586 S. Grundzahl 15.

Guradze, H und Freudenberg, K. (Berlin), Das Existenzminimum des geistigen Arbeiters. S.-A. aus „Jahrbücher für National-ökonomie und Statistik". Band 120, 1923, Heft 4. 7 S.

Internationales Arbeitsamt, Genf.

Bibliographie d'Hygiène industrielle. — Biblography of Industrial Hygiene. — Literatur der Gewerbehygiene. Heft 1, März 1923. 47 S. Heft 2, Juni 1923. 39 S. Heft 3, September 1923. 48 S. Preis pro Heft 1,— Schweizer Fr.

Etudes et Documents. Série F. — Hygiène industrielle. Nr. 6: L'Hygiène de l'oeil et le Travail industriel. Les problèmes de l'éclairage industriel. Genf 1923. 160 S. Preis 6,— Schweizer Fr.

Markuson, F. D. (Moskau), Положение труда в Московской губ. 1918—1922 г. Атлас диаграмм. (Diagramm-Atlas über die Lage der Arbeit im Moskauer Gouvernement 1918—1922.) Moskau 1923. 11 S. und 17 farbige Tafeln.

Markuson, F. D. (Moskau), Положение труда в Московской губернии в 1922—1923 г. (Die Lage der Arbeit im Moskauer Gouvernement im Jahre 1922/23.) Moskau 1923. 112 S.

Kaplun, S. (Moskau), Охрана труда ее органы. (Schutz der Arbeit und deren Organe.) 2. Ausgabe. Moskau 1921. Staatsverlag. 504 S. Preis 1,30 Goldrubel.

Kaplun, S. (Moskau), Охрана труда в новых условиях. (Schutz der Arbeit unter den neuen Bedingungen.) Moskau 1923. 56 S.

Kaplun, S. (Moskau), Охраняйте детский труд. (Beschützet die Kinderarbeit!) Moskau 1923. 53 S.

Kaplun, S. (Moskau), К здоровому и радостному труду. (Zur gesunden und erfreuenden Arbeit.) Bibliothek der Arbeit,

Serie II, Nr. 1—5. Moskau 1923. Verlag „Fragen der Arbeit". 160 S.

Kaplun, S. (Moskau), Охрана труда за 2 года пролетарской революции 1917—1919 г. (Der Schutz der Arbeit in den 2 ersten Jahren der proletarischen Revolution 1917—1919.) Moskau 1920. 20 S.

Kaplun, S. (Moskau), Органы охраны труда проф. союзов и эпидемии. (Die Organe der Gewerkschaften zum Schutz der Arbeit und die Epidemien.) Twer 1920. 6 S.

Kaplun, S. (Moskau), Библиографический указатель по вопросам охраны труда. (Bibliographie über Fragen des Arbeitsschutzes.) 2. Ausgabe. Moskau 1922. Staatsverlag. 36 S.

Ukrainisches Volkskommissariat für Gesundheitswesen, Charkow. Abteilung für Arbeiter-Medizin.

Тезисы докладов и Резолюции, принятые на 1-м Всеукраинском С'езде Рабочей Медицины. (Thesen der Vorträge und die auf der 1. Allukrainischen Tagung für Arbeiter-Medizin angenommenen Resolutionen.) Charkow 1923. 72 S.

Griesbach, H. (Gießen), Arteriosklerose und Hypertonie. Unter Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Gewerbehygiene und ihrer Bekämpfung auf organtherapeutischem Wege. Gießen 1923. Alfred Töpelmann. 56 S. Grundpreis M. 1,—.

Soziale Versicherung.

Verwaltungsbericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse München (Stadt) für das Jahr 1922. München 1923. 21 S.

Betriebskrankenkasse der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft und Tochtergesellschaften Berlin. Jahresbericht für 1922. 15 S.

Terracina, F. (Rom), Il compito degli enti assicurativi di fronte alla salute pubblica. (Die Aufgabe des Versicherungswesens gegenüber der öffentlichen Gesundheit.) Edizioni dell' Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza es Assistenza Sociale. Serie F. Num. 5. Rom 1922. 56 S. Preis L. 2,—.

Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

Tuberkulose-Bibliothek. Beihefte zur Zeitschrift für Tuberkulose. Nr. 10. Zur Frage der Staubeinwirkung auf die Lungen der Porzellanarbeiter. Von Prof. Dr. **Holtzmann** (Karlsruhe) und Dr. **Harms** (Mannheim). Mit 2 Tafeln. Leipzig 1923. Verlag Joh. Ambrosius Barth. 29 S. Grundpreis M. 1,25.

Richtlinien zur Erkennung, Behandlung und Verhütung der kindlichen Tuberkulose. S.-A. aus „Tuberkulose-Fürsorge-Blatt“ 1923 Nr. 7. 8 S.

Туберкулезный Трехдневник. Первая пролетарская „Белая Ромашка“. (Drei Tuberkulose-Tage. Erste proletarische Veranstaltung zur Bekämpfung der Tuberkulose unter dem Zeichen der weißen Kamille.) Illustrierte Sammlung von Aufsätzen über die Bekämpfung der Tuberkulose. Herausgegeben vom Komitee zur Veranstaltung der Tuberkulose-Tage. Moskau 1922. 48 S.

Pollak, J. (Tetschen), Behandlung der Gonorrhoe und Syphilis mit Eigenblut. Flugschriften der Medizinisch-Biologischen Gesellschaft Nr. 8. Dresden 1922. Medizinisch-Biologischer Verlag. 32 S. Preis 150 M.

Nocht (Hamburg), Tropenhygiene. 2. Auflage. Sammlung Göschen Nr. 369. Berlin und Leipzig 1923. Walter de Gruyter & Co. 120 S. Grundzahl 1.

Weyl's Handbuch der Hygiene. 2. Auflage Lieferung 38. Band VIII 4. Abteilung. Die Desinfektion. Von Dr. **E. Hailer,** Berlin. Mit 50 Abbildungen im Text. Leipzig 1922. Verlag von Joh. Ambrosius Barth. XIV und 532 S.

Wohnungshygiene.

Friedberger, E. (Greifswald), Untersuchungen über Wohnungsverhältnisse insbesondere über Kleinwohnungen und deren Mieter in Greifswald. Jena 1923. Verlag von Gustav Fischer. VI und 112 S. mit 21 Abbildungen und 1 Tafel. Grundzahl M. 3,—.

Ernährungshygiene.

Juckenack, A. (Berlin), Was haben wir bei unserer Ernährung im Haushalt zu beachten? (Die Volksernährung. Veröffentlichungen des Reichsministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Nr. 6.) Berlin 1923. J. Springer. 58 S.

Kruse und **Hintze** (Leipzig), Sparsame Ernährung. Nach Erhebungen im Krieg und Frieden. Dresden 1922. Verlag des Deutschen Hygiene-Museums. 241 S.

Rassenhygiene.

Siemens, H. W. (München), Grundzüge der Rassenhygiene, zugleich Einführung in die Vererbungslehre. 2. Auflage. München 1923. J. F. Lehmanns Verlag. 102 S. Grundpreis M. 1,80.

The Second International Congress of Eugenics. Volume I: Eugenics, Genetics and the Family. X und 439 S. nebst 24 Tafeln. Volume II: Eugenics in Race and State. X und 472 S. nebst 20 Tafeln. Baltimore 1923. Williams & Wilkins Company. Preis für das Ausland $ 7,— pro Band.

Dublin, Louis I. (New York), The Higher Education of Women and Race Betterment. Reprinted from „Eugenics in Race and State“, Vol. II, 1923. 10 S.

Populäre Hygiene.

Reichel, H. (Wien), Katechismus der Gesundheit. 2. Auflage. Wien und Leipzig 1923. Verlag von Moritz Perles. 30 S. Preis 5000 Kr.

Kretschmer, E. (Tübingen), Über Hysterie. Leipzig 1923. Georg Thieme. 115 S. Grundpreis geh. M. 1,75, kart. M. 2,—.

Jessner, S. (Königsberg), Körperliche und seelische Liebe. Belehrende Vorträge über das Geschlechtsleben. 1. Lieferung. Leipzig. Verlag von Kurt Kabitzsch. 96 S. Grundzahl 2,—.

Gesundheitswacht. Gemeinverständliche Schriften zur Pflege der Gesundheit und körperlichen Ertüchtigung des deutschen Volkes. Nr. 2: Volksnot und Jugendwandern. Von Oberstudienrat Dr. Kemmer, München. München 1922. Verlag Gesundheitswacht A.-G. 30 S. Grundpreis M. 0,70.

D. Neue russische Zeitschriften.

Volkskommissariat für Gesundsheitswesen, Moskau.

Медицинская Библиография. (Medizinische Bibliographie.) Unter Redaktion von I. A. Bagaschew, E. I. Kwascher und N. G. Freiberg. Moskau und Petrograd 1923. Staatsverlag. Nr. 2. 94 S.

Социальная Гигиена. (Soziale Hygiene.) Periodisch erscheinende Zeitschrift, unter Redaktion des Lehrstuhles für soziale Hygiene an der Moskauer Staats-Universität. 1. Heft. Oktober 1922. Moskau, Staatsverlag. 145 S.

Während die deutsche Wissenschaft und ihre Organe einen immer schwerer werdenden Kampf um ihre Existenz führen müssen, wächst mit staunenswerter Energie neues Leben aus den noch unverwitterten russischen Ruinen. Mächtiger als je zuvor hat sich im neuen Rußland die soziale Hygiene dank der politischen Klugheit des medizinischen Volkskommissars entwickelt, der selbst den neugegründeten Lehrstuhl für dieses Wissensgebiet an der Moskauer Universität inne hat. Zu der Fülle von Veröffentlichungen und Zeitschriften, die von dem Volks-

kommissariat für Gesundheitspflege oder von den zahlreichen, diesen unterstellten wissenschaftlichen Instituten herausgegeben werden, ist nunmehr auch ein besonderes Publikationsorgan für die Arbeiten auf dem Gebiete der sozialen Hygiene getreten, dessen Gründung schon deshalb unerläßlich wurde, weil, wie es im Vorwort heißt, die Sowjet-Medizin sich zur sozialen Medizin ausgestaltete. An seiner Herausgabe wirkt außerdem das Sozialhygienische Museum mit.

Das 1. Heft enthält 5 Abhandlungen, nämlich: Soziale Hygiene, deren Wesen, Methoden und Bedeutung. Von Volkskommissar N. A. Sjemaschko. Zur Frage über das Programm des hygienischen Unterrichts in den medizinischen Fakultäten. Von A. N. Sysin. Hygiene der Arbeit. Von S. J. Kaplun. Hygienische Volksaufklärung, ihre Aufgaben und Methoden. Von A. W. Molkow. Der sanitäre Zustand Rußlands in der Gegenwart und Vergangenheit. Von A. N. Sysin. Die zweite, der medizinischen Statistik gewidmete Abteilung enthält folgende Aufsätze: Berufliche Sterblichkeit in Rußland 1913—1916. Von W. Zaitzew. Invalidität der Kostromaer Textilarbeiter. Von N. Akim. Zur Frage der Beziehung einiger Krankheiten zum Beruf der Bevölkerung. Von G. Kertschiker. Die dritte Abteilung enthält Referate, Rezensionen und bibliographische Notizen, welcher Abteilung noch das Programm des sozialhygienischen Kurses beigefügt ist.

Профилактическая Медицина. (Prophylaktische Medizin.) Monatszeitschrift, gewidmet den Fragen über Sanitätswesen, Hygiene, Epidemiologie und soziale Medizin. Herausgegeben von dem Ukrainischen Volkskommissariat für Gesundheitswesen in Charkow. Erscheint seit August 1922. Preis halbjährlich 6 Goldrubel. 1. Jahrgang 1922. No. 1, 159 S., No. 2—3, 258 S., No. 4—5, 270 S. 2. Jahrgang 1923. No. 1—2 Januar-Februar 206 S., No. 3—4 März-April 261 S., No. 4—5 270 S., No. 5—6 Mai-Juni 292 S.

Русский Евгенический журнал. (Russisches Eugenetisches Journal.) Herausgegeben unter Mitwirkung der Russischen Eugenetischen Gesellschaft von N. K. Kolzow. Jährlich 4 Hefte. Staatsverlag Moskau. I. Band, 1. Heft. 106 S.

Вестник охраны материнства и детства. (Zeitschrift für Mutter- und Kinderschutz.) Herausgegeben von dem Ukrainischen Volkskommissariat für Gesundheitswesen, Abteilung für Mutter- und Kinderschutz. Erscheint monatlich seit 1922. Charkow. Verlag „Sanprosweta“ (Narkomzdraw).

Гигиена и Санитария Путей Сообщения. (Hygiene und Sanitätswesen der Verkehrswege.) Herausgegeben von Dr. W. S. Aisenberg, Dr. E. M. Remessnitzky, M. E. Teitelbaum und Dr. S. E. Schreiber. Erscheint periodisch 8—10 mal jährlich. No. 1, April 1923, 121 S. No. 2, Mai 1923, 167 S. Petrograd 1923. Verlag der Gesundheitsabteilung der Petrograder Eisenbahn-Verwaltung.

Гигиена труда. (Hygiene der Arbeit.) Monatszeitschrift zur Erörterung der Fragen über sozialen Schutz der Arbeit, Gewerbehygiene, Technik der Gefahrlosigkeit und wissenschaftliche Organisation der Arbeit. Verantwortlicher Redakteur S. I. Kaplun in Moskau. 1. Jahrgang 1923. Verlag „Fragen der Arbeit“ des Volkskommissariats für Arbeit in Moskau. Preis jährlich 6 Goldrubel.

Статистика труда. (Statistik der Arbeit.) Organ des Zentralbureaus für Statistik der Arbeit. Redigiert von A. G. Raschin. Erscheint monatlich. No. 1. Dezember 1922. 16 S. Moskau 1922. Palast der Arbeit.

Бюллетени статистики труда Московской губернии. (Bulletin der Statistik der Arbeit des Moskauer Gouvernements.) Redigiert von F. D. Markuson. Erscheint vierteljährlich. Jahrgang 1923, Nr. 1—3. Moskau 1923. Gewerkschaftshaus.

Namenverzeichnis.

G. Pätz'sche Buchdr. Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. d. S.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07672 3157



